

GASTROKURIREN

Tidskrift för
Svensk Gastroenterologisk Förening.
Utkommer med 5 nummer per år.

ANSVARIG UTGIVARE:

Henrik Hjortswang
EM-kliniken, Universitetssjukhuset,
581 85 Linköping
Tel 013-22 21 30 (sekr)/013-22 20 00 (vx)
Henrik.Hjortswang@lio.se

REDAKTÖR:

Leif Törkvist
Gastrocentrum, kirurgi
Karolinska Univ.sjukhuset, Huddinge,
141 86 Stockholm
Tel 08-585 869 39
leif.torkvist@ki.se

PRODUKTION:

Mediahuset i Göteborg AB

LAYOUT:

Gunnar Brink
gunnar@mediahuset.se

TRYCK:

Åkessons Tryckeriaktiebolag, Emmaboda

Distribueras som posttidning

ISSN 1651-0453

Omslagsfoto: Miguel Ugalde

UTGIVNINGSPLAN 2008:

	Manusstopp	Utgivningsdag
Nr 3:	12 maj	18 juni
Nr 4:	3 sep	8 okt
Nr 5:	31 okt	5 dec

INNEHÅLL:

Ordföranden har ordet	3
Vetenskaplige sekreteraren har ordet.....	5
Minnesord över Rolf Olsson	7
Webbundersökning celiakihandläggning.....	9
Svenska Gastrodagarna – program.....	12
Jönköping – värd för Gastrodagarna	15
Kallelse till SGFs årsmöte	17
Hedersföreläsare vid Gastrodagarna.....	19
Abstrakt Gastrodagarna	23
Gunilla Strand – endoskoperande ssk.....	49
SEGP:s sida.....	50
SYG-spalten	50
Kallelse till SYGs årsmöte.....	50



NR 2 · 2008 · VOLYM 13

Bästa medlemmar!

Efter en mild vinter har våren kommit ovanligt tidigt i år och vårens stora höjdpunkt för den svenska gastroenterologin, Gastrodagarna, känns inte alls avlägsen. Organisationskommittén i Jönköping under ledning av Christer Grännö och Axel Ros har i gott samarbete med SGF:s styrelse lyckats skapa ett riktigt brett och intressant program och allt är nu riggat för en riktigt trevlig samvaro med gastroenterologikollegor från hela landet.

Gastroveckan

Som jag nämnde i förra numret av Gastrokuriren så har styrelsen beslutat att SGF inte längre kommer att anordna eget program på Riksstämman, även om vi gärna ställer upp om andra sektioner önskar vår medverkan. Istället har styrelsen beslutat att ytterligare stärka fokus på Gastrodagarna genom att förlänga mötet och skapa Gastroveckan. Huvudmötet utökas med en dag så att mötet är från tisdag lunch till fredag lunch. Dessutom ges möjlighet att delta i en extra utbildningsdag under måndag eftermiddag och tisdag förmiddag. Dessa förändringar möjliggör mer tid till att presentera och diskutera de nya nationella riktlinjerna, som just nu tas fram runt om i landet. Det blir också lättare att få in satellitsymposierna, som ofta håller en mycket hög klass med internationella föreläsare, på bättre tider i programmet. Dessutom kan den forskningsinriktade delen med presentation av aktuell svensk gastroenterologisk forskning få ett tydligare utrymme. Utöver de tre högtidsföreläsningar vi sedan tidigare haft på Gastrodagarna, så kommer Bengt Ihre-föreläsningen att flyttas från Riksstämman till Gastroveckan. Tanken är att våra fyra högtidsföreläsningar läggs på var sin dag under Gastroveckan. Den första Gastroveckan kommer att vara i Göteborg i maj 2009.

Denna förändring har inte skett utan en genomgripande diskussion i styrelsen och självklart har både möjligheter och farhågor lyfts och diskuterats. En aspekt är om kollegorna har möjlighet och måktar med att närvara vid mötet under fyra-fem dagar. Flera andra föreningar, inklusive Kirurgföreningen, anordnar dock veckolånga möten med framgång. Målsättningen är att även fortsättningsvis hålla ett brett och blandat program, som kan locka till närvaro hela veckan. På de internationella kongresserna blir det ofta att man bevakar sitt specialområde. På Gastroveckan är målsättningen att på ett samlat sätt erbjudas en uppdatering över en stor del av det gastroenterologiska fältet. En utvärdering kommer att ske efter Gastroveckan/Nordiska mötet 2011 för att ta ställning till hur mötet skall utformas därefter.

Utskott

Styrelseledamöterna i SGF har relativt korta mandatperioder. Fördelen är att arbetet präglas av vitalitet, kreativitet och öppenhet för nya idéer. Nackdelen är att tidigare styrelsers tankar och idéer kan gå förlorade och projekt kan riskera att rinna ut i sanden. Utbildningsutskottet bildades för att i första hand arbeta med målbeskrivningen för ST-utbildning i gastroenterologi. Detta arbete avslutas officiellt i maj 2008. Samtidigt är utbildningsfrågan mycket central för SGF och ett långsiktigt arbete återstår med att konkretisera utbildningsmålen för ST-utbildningen i form av en checklista, initiera och leda utbildningsprogrammet för ST-utbildning i gastroenterologi som beskrevs i förra numret av Gastrokuriren och att utveckla utbildningsmöjligheterna för våra ST-läkare lokalt på varje sjukhus i samarbete med SPUR.

Styrelsen har därför beslutat att formalisera utskottens arbete. Utskotten tillsätts av SGF:s styrelse och leds av den ansvarige ledamoten i styrelsen. Mandatperioden är två år, med möjlighet till förlängning ytterligare två tvåårsperioder. Internationella representanter för området ingår i utskottet. Utbildningsutskottet leds således av den facklige sekreteraren och våra två svenska representanter i UEMS ingår i utbildningsutskottet.

Endoskopiutskott

Det finns behov av att stärka endoskopin i Sverige. SGF har därför beslutat att inrätta ett utskott som skall arbeta med endoskopi-frågorna. I detta utskott, som leds av den endoskopiansvarige i styrelsen, ingår även de två svenska SADE-representanterna och ytterligare 2–3 personer med ett starkt intresse för att driva utvecklingen av endoskopin i Sverige. Frågorna som utskottet kommer att arbeta med gäller allt från nationella riktlinjer för praktiskt utförande av endoskopi till att främja utbildning i endoskopi.

Övergången till Gastroveckan ger också ökade möjligheter att bereda endoskopirelaterade föreläsningar större utrymme. Redan på årets Gastrodagarna i Jönköping kan vi se fram emot årets Lennart Wehlin-föreläsning av Professor Christopher Williams med titeln "The future of colonoscopy is bright!".



Vi ses på Gastrodagarna!
Henrik Hjortswang

Bäste läsare!

Välkomna till Gastrodagarna i Jönköping! Vi inom SGF:s styrelse hoppas och tror att årets Gastrodagarna kommer att hålla samma höga vetenskapliga kvalitet som förra årets möte i Uppsala. Inom organisationskommittén känner vi oss nöjda med programmet som erbjuds och känner oss övertygade om att Ni kommer att få ut mycket under Era dagar vid Vätterns strand! Planeringen av programmet har skett i nära samarbete mellan SGF:s styrelse och den lokala organisationskommittén i Jönköping med Christer Grännö och Axel Ros i spetsen. Detta har skett på ett mycket smidigt sätt och redan på det här stadiet skulle SGF:s styrelse vilja passa på att tacka de lokala arrangörerna för ett förträffligt arbete! Vi ser verkligen fram emot att få komma till Jönköping och de fina möteslokalerna på Elmia!

Precis som förra året i Uppsala är det god uppslutning på abstractsidan med 55 accepterade abstracts, vilket är lika många som i Uppsala, dvs. tangerat rekord! Detta avspeglar en fortsatt hög forskningsaktivitet inom gastroenterologin och hepatologin i Sverige och vi ser väl alla fram emot att få ta del av resultaten under mötet. Jag uppmanar Er alla att flitigt besöka posterhallen och diskutera postrarnas innehåll med författarna. Posterpresentatörerna kommer åtminstone att närvara vid sina postrar under lunchen på torsdagen, men även vid andra tider under mötet. Precis som ifjol så har abstracten bedömts av 2–4 personer (ett stort tack till dessa!) och utifrån deras bedömningar så har de 10 abstract som rankats högst tagits ut för muntlig presentation på torsdagen (13.30–15.00). Dessutom kommer tre abstractprisvinnare att utses efter bedömning av en jury bestående av Annika Bergkvist, Per-Ola Park, Johan Söderholm, Ulla Johansson och undertecknad. Dessa kommer att få resa+hotell+kongressavgift betald till nästa års Gastrodagarna! Pristagarna presenteras i samband med årsmötet på onsdag.

Det är också en stor glädje att återigen kunna presentera tre internationellt väl-

kända profiler som högtidsföreläsare – Vicente Arroyo, André Smout och Christopher Williams. Precis som förra året har vi haft som målsättning att dessa skall beröra kliniskt relevanta områden, och utan att slå oss för bröstet så tycker jag att vi lyckats med detta – ascites och hepatorenalt syndrom, gastrointestinala motilitetsstörningar och coloscopy är ju ämnesområden vi ofta stöter på i vår vardagliga kliniska gärning. Högtidsföreläsarna presenteras närmare på annat ställe i *Gastrokuriren* och deras ”track records” är imponerande.

Vi är också mycket tacksamma för det stöd som vi får via våra sponsorer! Precis som ifjol har intresset för att stödja Gastrodagarna varit stort och vi hoppas att detta fortsätter framöver. Utan detta stöd skulle vi inte ha möjlighet att ordna Gastrodagarna på det här sättet med hög vetenskaplig nivå, en givande kommersiell utställning och trevliga sociala evenemang. Tack!

En annan förutsättning för lyckade Gastrodagarna är ett bra samarbete med en kongressbyrå som vet hur jobbet skall göras. Det är mycket man skall tänka på... Vi är mycket nöjda med samarbetet med Congrex i detta avseende och de har stor förtjänst i framgången med Gastrodagarna. Ett stort tack riktas därför till Linda Christersson och medarbetare på Congrex för ett fint samarbete under planeringsfasen av årets Gastrodagarna!

Redan nu pågår planerandet inför nästa års Gastrodagarna som kommer att äga rum i Göteborg 5–8 maj, med eventuell postgraduatekurs 4–5 maj, samt inför mötet i Stockholm 2010. Som ni märker av detta datum så utökas då Gastrodagarna med en dag och skälet till detta är att vi beslutat att avstå från att ordna eget program på Riksstämman från och med i år pga. stadigt sjunkande antal åhörare från år till år. I stället ”flyttar vi över” denna dag, inklusive Ihre-föreläsningen till Gastrodagarna från och med mötet i Göteborg. Vi har beslutat att prova detta koncept de



Magnus Simrén

närmaste åren och sedan utvärdera detta. Den ordinarie delen av programmet på Gastrodagarna 2009 kommer alltså att starta vid lunchtid på tisdag och sluta vid lunch på fredag.

Slutligen vill jag passa på att tacka SGF:s medlemmar och mina kollegor i styrelsen för tre givande år som vetenskaplig sekreterare. Jag önskar också min efterträdare (vem det nu blir?) välkommen och önskar henne/honom lycka till! Trots att undertecknad avgår som vetenskaplig sekreterare vid årsmötet i Jönköping, så slipper ni mig inte helt och hållet, eftersom jag kommer att vara högeligen involverad i arrangemanget i Göteborg 2009...

Med dessa ord vill jag hälsa Er alla välkomna till Gastrodagarna i Jönköping. Kom ihåg att det är vi tillsammans som ser till att detta blir ett lyckat evenemang, både från ett vetenskapligt och socialt perspektiv!

Vi ses i Jönköping (och Göteborg...!)

Magnus Simrén
Vetenskaplig sekreterare SGF
magnus.simren@medicine.gu.se

Minnesord

Professor Rolf Olsson, Göteborg, avled den 27 februari 2008 i en ålder av nästan 72 år, efter att en tid ha plågats av en aggressiv pankreascancer. Han efterlämnar makan Barbro samt barn och barnbarn.

Yrkesmässigt kom Rolf att betyda oerhört mycket för utvecklingen av hepatologin i Sverige. Leverintresserade läkare fanns även tidigare, men ingen som i samma utsträckning som Rolf gjort området till sitt huvudintresse. Rolf skulle nog kunna betecknas som Sveriges förste moderne hepatolog. Han föreläste flitigt om leversjukdomar både i Sverige och övriga Norden och bidrog till ökade kunskaper om hepatologin både hos allmängst gastroenterologer, invärtes medicinare och kirurger.

Leverforskning hade i Sverige under lång tid en blygsam position och internationellt släpade vi efter. En vändning kom då Svensk Internmedicinsk Leverklubb (SILK) skapades 1984. Hur det gick till har Rolf själv berättat i En kort historik, Svensk Gastroenterologisk Förenings minnesbok 1953–2003.

Idén till en gemensam organisation för forskning kring leversjukdomar föddes 1984 i samband med en NLV-kurs i Örebro. I samband med en kvällsaktivitet föreslog Gunnar Järnerot, Örebro, och Erik Envall, konsulent för Aldactone vid GD Searle AB, bildandet av en levergrupp med representanter för olika lärosäten i Sverige med Rolf Olsson som sammankallande. Syftet med gruppen skulle bland annat vara att bedriva multicenterstudier, en idé som Rolf Olsson ansåg var genial. Ett första konstituerande möte hölls i Örebro december 1984. Följande beslut togs: att arbetsgruppen skulle få namnet Svenska Leverklubben (SLK), att möten skulle hållas två gånger per år och att gruppen skulle verka för nationella forskningsprojekt i hepatologi, allmänt verka för utbildning och forskning inom hepatologi, diskutera samt byta erfarenheter kring hepatologiska problem och behandlingsmetoder.



Rolf Olsson 1936–2008

Namnet kom snart att ändra till det mindre pretentiösa Svensk Internmedicinsk Leverklubb (SILK) eftersom avsikten var att fokusera på inflammatoriska lever- och gallvägssjukdomar och på så sätt sannolikt bli mer effektiva.

Denna förmodan har besannats. Fram till idag har 32 artiklar publicerats från SILK, varav 14 i tidskrifter med hög eller mycket hög impact factor. Ytterligare 7 arbeten föreligger i manuskript, varav ett eller två insänts till tidskrifter för bedömning. SILK och därmed svensk hepatologi har kommit att uppmärksammas internationellt och internationella experter har medgett: "We have to do like the Swedes – get together and do good studies".

Hur har då detta varit möjligt? Den viktigaste förklaringen har utan tvekan varit Rolf Olsson. Ända sedan start har han varit ordförande och mötesledare. Genom sin enorma hepatologiska beläsenhet, har han vid diskussioner kring nya projekt kunnat bedöma deras vetenskapliga potential och relevans eller att genom modifieringar öka stringensen. På ett diplomatiskt sätt kunde han också peka på brister i mindre väl genomtänkta projekt så att de antingen förbättrades eller avskrevs. Till följd av sin mjuka personlighet, humor och självironi lyckades han att få ibland självmedvetna och starka individualister att ingå i en grupp som strävade mot ett gemensamt mål. Det var inte helt självklart under SILKs första 2–3 år då individualism och positionering av det egna egot förekom av och till, men med tiden försvann det nega-

Rolf Olsson

tiva och SILK blev en samarbetsgrupp. Det var i mycket hög grad Rolfs förtjänst, men också ett resultat av den goda viljan hos medlemmarna. Särskilt kanske här förtjänar att framhållas docent Ulrika Broomé, Huddinge, som alla betraktade som Rolfs självklare efterträdare. Tyvärr gick hon tragiskt bort i förtid.

Rolf Olsson blev docent i internmedicin 1972 och samma år biträdande överläkare och klinisk lärare, dvs. universitetslektor, i medicin. 1991 blev han överläkare vid Sahlgrenska sjukhuset, 1996 biträdande professor och 1999 professor i medicin. Rolf var inte bara drivande inom SILK. Han var en utomordentligt god och pedagogisk föreläsare, vilket belönades med Medicinska Föreningens i Göteborg pedagogiska pokal 1994. Han var den mest anlitade föreläsaren i landet vad gällde leversjukdomar.

Men Rolf delade inte bara med sig av sitt kunnande katedralt. Han var författare av kapitel rörande leversjukdomar i studenternas lärobok i invärtes medicin och han gav ut egna böcker som den mycket uppskattade *Praktisk internmedicinsk hepatologi* och *Hepatologi i öppen vård*. Hans bredd kom också till synes i den i flera upplagor tryckta läroboken i invärtes medicin för sjuksköterskor.

Rolfs betydelse kom också till uttryck i att det redan under hans levnad hölls ett första hepatologiskt "Rolf Olsson-symposium" 2002. Detta symposium har allt sedan dess blivit en årlig och välbesökt begivenhet.

Rolfs betydelse för svensk hepatologi, gastroenterologi och internmedicin kan inte överskattas. Vi vill med dessa rader hedra hans minne.

För Svensk Internmedicinsk Leverklubb (SILK)

Gunnar Järnerot
Instiftare

Åke Danielsson
Ständig sekreterare

Handläggning av vuxna med misstänkt celiaki – en webbundersökning

Jonas F Ludvigsson ^{*}#, Klas Sjöberg [§], Anders Ekbo [#]

^{*} Barnkliniken, Örebro Universitetssjukhus
[#] Enheten för klinisk epidemiologi, Karolinska Institutet
[§] Medicinkliniken, Universitetssjukhuset, MAS, Malmö

Intressekonflikt: Nej.

Ytterligare information: Resultat i denna artikel kan också komma att ingå i en engelskspråkig artikel som rör celiaki i svenska histopatologi-register.

Sammanfattning

Under september–november 2007 genomförde vi en webbundersökning av hur svenska vuxengastroenterologer (n=176–181) handlägger celiaki. 96% av vuxengastroenterologerna i vår undersökning uppger att de själva eller kollega genomför biopsi hos minst 9 av 10 patienter med misstänkt celiaki innan diagnosen celiaki ställs. 93% av de svarande uppger att minst 9 av 10 patienter med celiaki får information om glutenfri kost efter ställd diagnos. Alla svarande tar tunntarmsbiopsier via endoskop/gastroskop; ingen använder kapselbiopsi.

Introduktion

Under september–november 2007 genomfördes en webbenkät kring svenska vuxengastroenterologers handläggning av celiaki. Undersökningen besvarades av 184 vuxengastroenterologer.

Syftet med aktuell artikel är att redovisa resultatet av den undersökningen.

555 vuxengastroenterologer identifierades genom SGF:s adressregister. Till alla dessa skickades sedan brev med skriftlig information. I cirka 30 fall var postadressen felaktig eller eftersändning saknades. Vi matchade sedan namnuppgifter från SGF mot hälso- och sjukvårdens adressregister (HSAR) för att få information om varje SGF-medlems tjänstgöringsort.

Följande individer erhöll, efter matchning mot HSAR, *inte* något e-mail om webbenkäten: individer med utlandstjänstgöring, icke yrkesverksamma läkare, och barnläkare (av webbenkätens instruktioner

framgick att undersökningen riktade sig till svenska vuxengastroenterologer som handlägger celiaki). E-mailadresser till övriga erhöles oftast via respektive sjukhusväxel. Trots detta kom ett stort antal e-mail i retur p.g.a. felaktig e-mailadress. Ytterligare ett antal SGF-medlemmar hörde av sig och meddelade att de ej arbetade med gastroenterologi (ett flertal hade sadlat om till annan specialitet). Sammanlagt räknar vi med att 282 personer fått såväl brevinformation som e-mail med länk till vår webbenkät.

Metod

Frågorna ställdes via webbenkät. För detta använde vi en betaltjänst från Survey Console (<http://www.surveyconsole.com>; kostnad: ca 200 kr/månad).

Resultat

187 personer påbörjade undersökningen, men i ett fall skickades inte den ifyllda (elektroniska) enkäten vidare till oss (enligt Survey Console). Av de resterande 186 uppgav två personer i de fria kommentarerna att de inte besvarat enkäten eftersom de inte var gastroenterologer. Således deltog 184 personer medan antalet svarande per fråga varierade mellan 176 och 181. En fråga som rörde *hur många* tunntarmsbiopsier man vanligen tar vid samma endoskopitillfälle lades till när undersökningen redan kommit igång. Denna fråga kan potentiellt ha besvarats av 90 personer (av de 184), men besvarades av 89. Procentsiffrorna nedan utgår från antalet svarande på varje enskild fråga (utom i Tabell 2 där vi utgått från n=184).

Biopsi vid misstänkt celiaki

96% av de svarande uppger att de själva, eller kollega, genomför biopsi hos minst 9 av 10 patienter med misstänkt celiaki innan de ställer diagnosen celiaki (Tabell 1). Andelen gastroenterologer som genomför en andra biopsi (remissionsbiopsi) är lägre; 36% tar en andra biopsi hos minst 9 av 10 patienter med misstänkt celiaki (17% tar aldrig en andra biopsi (för att kontrollera slemhinne-läkning efter insättande av glutenfri kost)) (Tabell 1). 90% av de svarande uppger att de aldrig glutenprovocerar och genomför en tredje biopsi (provokationsbiopsi) (Tabell 1). Bland de som svarat att de använder provokationsbiopsier, anger nästan alla att de provocerar och biopserar högst 4 av 10 patienter med misstänkt celiaki. Biopsier tas uteslutande genom endoskopi (181/181 svarande). Användningen av endoskopi för biopsi (och inte tunntarmskapsel) kan vara ett skäl till att alla vuxengastroenterologer i vår undersökning (till skillnad från barn-gastroenterologer i en separat undersökning, ej publicerade data) tar mer än 1 tunntarmsbiopsi vid varje endoskopitillfälle. Hälften av de svarande (52%; 46/89) tar minst 4 biopsier från tunntarmen vid misstänkt celiaki, hälften (48%; 43/49) tar 2–3 biopsier från tunntarmen för att utesluta celiaki.

Serologi och kliniska fynd

De flesta vuxengastroenterologer kontrollerar antikroppstitrar t.ex. transglutaminas-, endomysie-, eller gliadin-antikroppar i samband med utredning av misstänkt celiaki; 78% gör detta hos minst 9 av 10 patienter med misstänkt celiaki (Tabell 1) ➤

Tabell 1. Användning av tunntarmsbiopsi, serologi samt information om glutenfri kost.

Frågeställning*	≥9 av 10 patienter	5–8/10 patienter	1–4/10 patienter	Ingen patient/aldrig	Antal svarande#
Före diagnosen celiaki biopseras patientens tunntarm	172 (96)	7 (4)	0 (0)	1 (0.6)	180
En andra biopsi för att kontrollera slemhinneläkning efter insatt glutenfri kost	64 (36)	29 (16)	57 (32)	30 (17)	180
En tredje biopsi och glutenprovokation	1 (0.6)	1 (0.6)	16 (9)	161 (90)	179
Kontroll av celiakiantikroppar ingår i celiakiutredningen	141 (78)	14 (8)	19 (11)	6 (3.3)	180
Patienter med celiaki får information om glutenfri kost av sjukvårdspersonal	164 (93)	1 (0.6)	4 (2)	7 (4)	176

Värden inom parentes motsvarar procent av alla svarande/giltiga svar. Se även #.

* Rubrikerna i denna tabell motsvarar ej ordagrant frågorna i webbenkäten.

Antal som slutförde undersökningen. Icke-svarande har inte tagits med i beräkningen av procentsiffrorna.

i). En av trettio vuxengastroenterologer uppger att de aldrig använder serologi i utredningen av celiaki. Sammantaget kontrollerar en av åtta gastroenterologer serologi hos mindre än hälften av alla patienter med misstänkt celiaki han/hon handlägger (Tabell 1).

Två tredjedelar (116/179) av de svarande uppger att de genomför en tunntarmsbiopsi om patienten har antingen (a) symptom/tecken/laboratoriesvar eller (b) associerat tillstånd (t.ex. typ 1-diabetes) som inger misstanke på celiaki eller (c) positiva antikroppstitrar. Sex procent (10/179) genomför bara tunntarmsbiopsi om patienten har både symptom/tecken/laboratoriesvar och dessutom positiva antikroppstitrar. Ytterligare 7% anger att positiva antikroppar alltid är ett krav för tunntarmsbiopsi (12/179), medan 41/179 (23%) såg symptom/tecken/laboratoriesvar som ett (ovillkorligt) krav för tunntarmsbiopsi.

Klinik/provsvar som

motiverar antikroppsscreening

Bland ”tillstånd/avvikande provsvar” hos patient utan gastrointestinala symptom är järnbristanemi det tillstånd som oftast följs av screening; följt av B12-brist, osteoporos, ”förhöjda transaminaser eller känd leversjukdom” samt typ 1-diabetes (Tabell 2). Enbart 7% anser att patienter med pankreatit bör screenas för celiaki, medan 14% uppger att de screenar patienter med ledbesvär. Hälften av de svarande uppger

att hypothyreos är ett skäl för antikroppsscreening. I de fria kommentarerna uppger flera svarande att de anser att patienter med folatbrist och infertilitet bör screenas för celiaki (Tabell 2).

Information om glutenfri kost

En överväldigande del av de svarande informerar själva, eller via dietist, patienter med celiaki om glutenfri kost (93%; Tabell 1). Ett observandum är dock att 4% uppger att vare sig de själva, eller annan sjukvårdspersonal, informerar patienterna om glutenfri kost. Oftast ges huvuddelen av informationen om glutenfri kost av dietist (173/178; 97%) i övriga fall av läkaren själv (5/178).

Fria kommentarer

som rör handläggningen av celiaki

Flera av de svarande är tveksamma till att diagnosen celiaki ibland ställs utan föregående biopsi eftersom positiva antikroppar även kan förekomma hos individer utan celiaki. Andra svarande kommenterar att såväl läkare som dietist informerar om glutenfri kost, men att dietisten har huvudansvaret. Slutligen efterlyser flera svarande en diskussion kring behovet av HLA-testning vid misstanke om celiaki. En svarande vill ha mer diskussion kring havre.

Fria kommentarer som rör webbenkäten

Åtta svarande uppger aktivt att de var positiva till undersökningen. Sju perso-

ner uppger att en eller flera frågor var krångligt formulerade (oftast frågan om vad som krävs för att man som gastroenterolog ska genomföra biopsi).

Kommentar

Detta är enligt vår vetskap den första deskriptiva undersökningen av svenska vuxengastroenterologers handläggning av celiaki. Eftersom undersökningen är anonym saknar vi möjligheter att bedöma om svarsfrekvensen varierat mellan läkare på universitetssjukhus kontra övriga sjukhus; slutenvård kontra öppenvård, eller utifrån ålder, kön, antal år i yrket etc.

Nästan alla svenska vuxengastroenterologer tar en tunntarmsbiopsi innan de ställer diagnosen celiaki. Detta är rimligt av flera skäl. I takt med att antikroppsscreening blir mer tillgängligt screenas fler för celiaki. Med utvidgad testning ökar också risken för falskt-positiva antikroppsvärden. Hopper et al¹ undersökte nyligen 2000 patienter som remitterats för endoskopi. I detta material var såväl sensitivitet som specificitet för celiaki genom antikroppstestning ca 91%. Trots att förekomsten av celiaki av naturliga skäl är högre bland patienter som remitterats för övre endoskopi (dock ej alltid med frågeställningen ”celiaki”) var det positivt prediktiva värdet när man testade alla patienter inte mer än 28,6% (d.v.s. 28,6% av de som testade positivt med antikroppstestet hade verkligen celiaki definierad som villusatrofi). En majoritet

Tabell 2. Tillstånd/"avvikande provsvar" som är skäl för antikroppsscreening (celiaki) hos patient utan gastrointestinala symptom

Tillstånd/"avvikande provsvar"	Antal (%)
Järnbristanemi	160 (87)
B12-brist	149 (81)
Osteoporos	118 (64)
Förhöjda transaminaser eller känd leversjukdom	112 (61)
Typ 1-diabetes	111 (60)
Hypothyreos	85 (46)
Downs syndrom	53 (29)
Sjögrens syndrom	45 (24)
Hyperthyreos	40 (22)
Reumatoid artrit	25 (14)
Pankreatit	12 (7)
Tillstånd som nämns i de fria kommentarerna men ej aktivt efterfrågats i webbenkäten	
Folatbrist	11 (6)
Infertilitet	7 (4)
Laktosintolerans	3 (2)
Depression	3 (2)

Värden inom parentes motsvarar procent av 184 (antal som slutförde undersökningen). Bland tillstånd som nämnts i den fria texten men ej redovisas i tabellen fanns även Addison's sjukdom, anemi, epilepsi, vitiligo, hypokalcemi, högt PK, högt ALP, Turners syndrom, dermatitis herpetiformis, ångest, lymfom, samt hereditet. Ett flertal svarande nämner också "gastrointestinala besvär" såsom diarré och viktneidgång.

av de med positivt transglutaminas-antikroppar (när alla testades) saknade alltså slemhinneförändringar förenliga med celiaki. Däremot utesluter ett negativt antikroppstest med mycket hög säkerhet celiaki¹.

I bruket av tunntarmsbiopsi före diagnos ansluter sig alltså svenska vuxengastroenterologer till de internationella rekommendationerna för celiakidiagnostik^{2,3}. Detta stämmer väl överens med klinisk praxis på "barnsidan" i Sverige^{4,5}. Informationen om glutenfri kost är god, men kan bli bättre då 100% av patienterna med celiaki bör informeras om glutenfri kost. Det finns studier som tyder på att låg compliance (eller fördröjd diagnos) kan påverka risken för komplikationer^{6,7}. Arbetet med att motivera patienten att äta glutenfritt är således centralt i behandlingen av celiaki.

Upprepade undersökningar har visat att alla barn med typ 1-diabetes screenas

för celiaki. I vår enkät studie uppger blott 60% av de svarande att typ 1-diabetes är indikation för antikroppsscreening, och mindre än hälften att hypothyreos är en indikation för screening. Istället är järnbristanemi det skälet som "toppar" svenska vuxengastroenterologers lista över skäl för screening. Det är naturligt eftersom järnbristanemi hos äldre kan vara orsakad av malignitet och differentialdiagnostiken och sökandet efter en orsak därför är av stor vikt. Mycket få vuxengastroenterologer screenar patienter med pankreatit för celiaki. Det finns dock ett positivt samband mellan celiaki och pankreatit⁸, ungefär som för leversjukdom, detta gäller framförallt kronisk pankreatit och celiaki.

Däremot förespråkar många svenska gastroenterologer screening för celiaki vid infertilitet (fria kommentarer, Tabell 2). Här är dock kunskapsläget oklart^{9,10} men vår bedömning är att man tills vidare

bör vara generös med celiakiscreening vid infertilitet.

Vår förhoppning är att undersökningsresultaten ska leda till en fruktbar diskussion kring handläggningen av celiaki hos vuxna i Sverige. På "barnsidan" finns sedan flera år ett nationellt vårdprogram för celiaki. Kanske kan våra undersökningsresultat bidra till en mer enhetlig handläggning av celiaki hos vuxna.

Referenser:

- Hopper AD, Cross SS, Hurlstone DP, McAlindon ME, Lobo AJ, Hadjivassiliou M, et al. Pre-endoscopy serological testing for coeliac disease: evaluation of a clinical decision tool. *Bmj* 2007;334(7596):729.
- Revised criteria for diagnosis of coeliac disease. Report of Working Group of European Society of Paediatric Gastroenterology and Nutrition. *Arch Dis Child* 1990;65(8):909-11.
- National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement on Celiac Disease, June 28-30, 2004. *Gastroenterology* 2005;128(4 Suppl 1):S1-9.
- Stenhammar L, Ascher H, Danielsson L, Dannaus A, Hernell O, Ivarsson A, et al. Small bowel biopsy in Swedish paediatric clinics. *Acta Paediatr* 2002;91(10):1126-9.
- Stenhammar L, Hogberg L, Danielsson L, Ascher H, Dannaus A, Hernell O, et al. How do Swedish paediatric clinics diagnose coeliac disease? Results of a nationwide questionnaire study. *Acta Paediatr* 2006;95(11):1495-7.
- Silano M, Volta U, Vincenzi AD, Dessi M, Vincenzi MD. Effect of a Gluten-free Diet on the Risk of Enteropathy-associated T-cell Lymphoma in Celiac Disease. *Dig Dis Sci* 2007.
- Ludvigsson JF, Montgomery SM, Ekblom A. Celiac disease and risk of adverse fetal outcome: a population-based cohort study. *Gastroenterology* 2005;129(2):454-63.
- Ludvigsson JF, Montgomery SM, Ekblom A. Risk of Pancreatitis in 14,000 Individuals With Celiac Disease. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007.
- Tata LJ, Card TR, Logan RF, Hubbard RB, Smith CJ, West J. Fertility and pregnancy-related events in women with celiac disease: a population-based cohort study. *Gastroenterology* 2005;128(4):849-55.
- Collin P, Vilksa S, Heinonen PK, Hallstrom O, Pikkarainen P. Infertility and coeliac disease. *Gut* 1996;39(3):382-4.

Svenska Gastrodagarna

7–9 maj 2008

JÖNKÖPING



I samarbete med SEGP

Välkommen till Svenska Gastrodagarna 2008!

ONSDAG 7 MAJ	
	SGF 12.00 Lunch 13.00–13.10 Välkommen till Svenska Gastrodagarna <i>Hammar skjöldsalen</i> Ordförande Henrik Hjortswang och Lokala kommittén 13.10–14.00 Ulrika Broomé-föreläsning <i>Hammar skjöldsalen</i> Modern treatment of ascites and hepatorenal syndrome Vicente Arroyo, Barcelona Moderator: Hanne Prytz, Lund 14.05–15.00 Tropiska tarmar och ärvda febrar <i>Hammar skjöldsalen</i> ABC om tbc och andra importerade sjukdomar i tarmen Gunnar Holmgren, Jönköping Hereditära febrar – genvägar och fallpropar i diagnostik och behandling Janne Björkander, Jönköping Moderationer: Roland Andersson, Henrik Stjernman, Jönköping 15.00–15.30 Kaffe, utställning och posters 15.30–17.00 Hur ockult är egentligen den ockulta GI-blödningen? <i>Hammar skjöldsalen</i> Modern teknik för utredning av gastrointestinal blödning. En interaktiv session med falldiskussioner och mentometer. Esofagus-ventrikel-duodenum , P-O Stotzer, Göteborg Tunntarm-dubbelballongenteroskopi , P-O Stotzer, Göteborg Tunntarm-kapselendoskopi , Charlotte Höög, Stockholm Colon , Peter Andersson, Linköping Moderationer: P-O Stotzer, Göteborg; Jörgen Tholstrup, Eksjö 17.05–18.00 Årsmöte SGF <i>Hammar skjöldsalen</i> 18.05–19.00 Satellitesymposium – Abbott <i>Hammar skjöldsalen</i> 19.00 Välkomstmottagning på Elmia
	SEGP 10.00–11.45 Studiebesök på endoskopienheten (KBC), Länssjukhuset Ryhov (Endast föranmälda. Buss från Elmia 09.45, samling Ryhovs huvudentré 10.00) 12.00 Lunch 13.00–13.10 Välkommen till Svenska Gastrodagarna <i>Hammar skjöldsalen</i> Ordförande Henrik Hjortswang och Lokala kommittén 13.10–14.00 Ulrika Broomé-föreläsning <i>Hammar skjöldsalen</i> Modern treatment of ascites and hepatorenal syndrome Vicente Arroyo, Barcelona Moderator: Hanne Prytz, Lund 14.05–14.45 Riktlinjer för hygienrutiner <i>Rydbergssalen</i> Mirjam Bjurek, Skövde; Leif Larsson, Göteborg; Lena Nilsson, Växjö; Marie Sandberg, Stockholm; Maria Wenåker, Göteborg 14.45–15.15 Kaffe, utställning och posters 15.15–16.00 Allmänt om hygien <i>Rydbergssalen</i> Paneldebatt: Mirjam Bjurek, Skövde; Leif Larsson, Göteborg; Lena Nilsson, Växjö; Marie Sandberg, Stockholm; Maria Wenåker, Göteborg 16.00–17.30 Årsmöte SEGP med redovisning av Olympusstipendiaten 2007 <i>Rydbergssalen</i> 18.05–19.00 Satellitesymposium – Abbott <i>Hammar skjöldsalen</i> 19.00 Välkomstmottagning på Elmia

Mer information om programmet finns på www.gastrodagarna.se

TORSDAG 8 MAJ

	SGF
08.30–09.30	Frans Bárány-föreläsning <i>Hammar skjöldsalen</i> GI motility tests in clinical practice <i>André Smout, Utrecht</i> Moderator: Henrik Hjortswang, Linköping
09.30–10.00	Kaffe, utställning och posters
10.00–12.00	SILK-symposium <i>Hammar skjöldsalen</i> Budd-Chiari och Portavenstrombos – Hur vanligt? Hur farligt? <i>Deltagare: Sven Almer, Linköping; Einar Björnsson, Göteborg; Rolf Hultcrantz, Stockholm; Tomas Lindahl, Linköping; Rupesh Rajani, Jönköping</i> Moderator: Annika Bergquist, Stockholm
12.00–13.30	Lunch, utställning och posters
13.30–15.00	Fria föredrag <i>Hammar skjöldsalen</i> Moderatorer: Annika Bergquist, Stockholm; Magnus Simrén, Göteborg
15.00–15.30	Kaffe, utställning och posters
15.30–17.00	SGF:s arbetsgrupper rapporterar: <i>Hammar skjöldsalen</i> Handläggning av svårt skov av ulcerös colit , <i>Curt Tysk, Örebro</i> Underhållsbehandling av Crohns sjukdom , <i>Robert Löfberg, Stockholm</i> Coloskopiscreening av inflammatorisk tarmsjukdom , <i>Erik Hertervig, Lund</i> Handläggning av perianala komplikationer till Crohns sjukdom , <i>Wilhelm Graf, Uppsala</i> Moderatorer: Johan Dabrosin Söderholm, Linköping; Leif Ockander, Jönköping
17.05–18.00	Satellit-symposium – Schering-Plough <i>Hammar skjöldsalen</i> Mucosal healing vid inflammatorisk tarmsjukdom <i>Bjørn Moum, Oslo</i> Moderator: Ragnar Befrits, Stockholm
19.00	Bankett på Elmia

	SEGP
08.30–09.30	Frans Bárány-föreläsning <i>Hammar skjöldsalen</i> GI motility tests in clinical practice <i>André Smout, Utrecht</i> Moderator: Henrik Hjortswang, Linköping
09.30–10.15	Sedering vid endoskopi enligt Jönköpingsmodellen <i>Rydbergsalen</i> <i>Anders Davidsson, Jönköping</i> Moderatorer: Cornelia Hjortås, Madeleine Polsten, Jönköping
10.15–10.45	Kaffe, utställning och posters
10.45–11.30	Nutrition vid tarmsjukdom <i>Rydbergsalen</i> <i>Ingvar Bosaeus, Göteborg</i> Moderatorer: Anette Persson, Monica Wählin, Jönköping
11.30–12.00	ERAS-konceptet – så gör vi i Jönköping <i>Rydbergsalen</i> <i>Lilian Wikström och Anette Wilhelmsson, Jönköping</i> Moderatorer: Cornelia Hjortås, Madeleine Polsten, Jönköping
12.00–13.30	Lunch, utställning och posters
13.30–14.15	IBD och nyare behandlingsstrategier ur ett immunologiskt perspektiv <i>Rydbergsalen</i> <i>Elisabeth Hultgren Hörnquist, Örebro</i> Moderatorer: Anette Persson, Monica Wählin, Jönköping
14.15–15.00	Immunologi – fortsättning <i>Rydbergsalen</i>
15.00–15.30	Kaffe, utställning och posters
15.30–16.30	Långtidsuppföljning av patienter opererade för enterocutana fistlar <i>Rydbergsalen</i> <i>Ann-Britt Swartz och Åsa Gustafsson, Linköping</i> Moderatorer: Cornelia Hjortås, Madeleine Polsten, Jönköping
17.05–18.00	Satellit-symposium – Schering-Plough <i>Hammar skjöldsalen</i> Mucosal healing vid inflammatorisk tarmsjukdom <i>Bjørn Moum, Oslo</i> Moderator: Ragnar Befrits, Stockholm
19.00	Bankett på Elmia

FREDAG 9 MAJ

	SGF
07.30–08.25	Satellit-symposium – AstraZeneca <i>Hammar skjöldsalen</i> Har vi råd att inte göra rätt vid omhändertagandet av GERD? <i>Deltagare: Per Hellström, Stockholm, Folke Johnsson, Lund, Peter Wahlquist, Mölndal</i>
08.30–09.30	Allt som rör sig i magen är inte tarmar <i>Hammar skjöldsalen</i> Gastrointestinala sjukdomar under graviditet och hepatologiska problem på grund av graviditet. <i>Deltagare: Annika Brinkberg Lapidus, Stockholm; Anna Glantz, Göteborg; Gunnar Persson, Jönköping</i> Moderatorer: Annika Brinkberg Lapidus, Stockholm; Roland Andersson, Jönköping
09.30–10.00	Kaffe, utställning och posters
10.00–10.50	Lennart Wehlin-föreläsning <i>Hammar skjöldsalen</i> The future of colonoscopy is bright <i>Christopher Williams, London</i> Moderator: Henrik Hjortswang, Linköping
11.00–12.00	Rent mjöl i påsen – hjälper det? <i>Hammar skjöldsalen</i> En celiakuppdatering Diagnostik , <i>Jonas Ludvigsson, Örebro</i> Komplikationer , <i>Magnus Ström, Linköping</i> Diet , <i>Stine Störsrud, Göteborg</i> Moderatorer: Jonas Ludvigsson, Örebro; Christer Grännö, Jönköping
12.00–13.00	Kvalitetsregister – till vilken nytta? <i>Hammar skjöldsalen</i> Vi vet vad vi lägger in, men vad får vi ut? Presentation av några register inom GE-området och en diskussion. GallRiks , <i>Lars Enochsson, Stockholm</i> NREV , <i>Jan Johansson, Lund</i> SWIBREG , <i>Pär Myrelid, Linköping</i> SKL:s krav och synpunkter , <i>Jan-Erik Synnerman, Stockholm</i> Moderatorer: Mats Bojestig, Axel Ros, Jönköping
13.00	Lunchbaguette

	SEGP
07.30–08.25	Satellit-symposium – AstraZeneca <i>Hammar skjöldsalen</i> Har vi råd att inte göra rätt vid omhändertagandet av GERD? <i>Deltagare: Per Hellström, Stockholm, Folke Johnsson, Lund, Peter Wahlquist, Mölndal</i>
08.30–09.30	Livet efter levertransplantation <i>Rydbergsalen</i> <i>Susanne Klang och Kerstin Larsson, Stockholm</i> Moderatorer: Cornelia Hjortås, Madeleine Polsten, Jönköping
09.30–10.00	Kaffe, utställning och posters
10.00–10.50	Lennart Wehlin-föreläsning <i>Hammar skjöldsalen</i> The future of colonoscopy is bright <i>Christopher Williams, London</i> Moderator: Henrik Hjortswang, Linköping
11.00–12.00	Järnmetabolism <i>Rydbergsalen</i> <i>Ann-Christin Olsson, Jönköping</i> Moderatorer: Anette Persson, Monica Wählin, Jönköping
12.00–12.45	Hypnosbehandling vid IBS <i>Rydbergsalen</i> <i>Martha Sjöberg, Stockholm</i> Moderatorer: Anette Persson, Monica Wählin, Jönköping
12.45	Lunchbaguette



Jönköping – värd för Gastrodagarna 2008

Det är gastroenterologisektionerna på medicin- och kirurgklinikerna på Länsjukhuset Ryhov i Jönköping som står värd för Gastrodagarna år 2008.

Gastrokuriren åkte till Jönköping i förväg, för att ta reda på lite om hur den vardagliga verksamheten ser ut.

Vi träffar Axel Ros och Christer Grännö, som har lett arbetet i den lokala organisationskommittén.

Axel är verksamhetschef på Kirurgiska kliniken, med c:a 140 anställda, varav 28 läkare. Christer är chef för Mag-tarmsektionen, som har nio anställda, varav fyra är läkare.

Inga vattentäta skott

Samarbetet mellan kirurger och medicinska gastroenterologer fungerar mycket väl på sjukhuset i Jönköping.

Visserligen är de organiserade var för sig, och lokalerna är belägna en bit från varandra i sjukhuset. Men förutom öppenvårdsmottagningen som gastrosektionen på medicinkliniken bedriver, så är resten av medicinklinikens gastroverksamhet samordnad med kirurgkliniken.

Sjukhusets endoskopienhet ligger också under kirurgkliniken, och den personal som arbetar där är anställd av dem.

På kirurgkliniken har man en gemensam vårdavdelning med sammanlagt 30 vårdplatser. Här vårdas gastropatienter från båda klinikerna, men även här är personalen anställd av kirurgkliniken.

Kirurgkliniken har två specialiserade team – ett för övre GI och ett för nedre GI. Så av de 30 vårdplatserna är 12 vikta för dem var, och sex för de medicinska patienterna.

– Men det är naturligtvis endast nominella tal. Det finns inga vattentäta skott, förklarar Axel.

Med från begynnelsen

Den nuvarande organisationen kom 1992. Då genomförde man en sammanslagning av vårdplatserna för det kirurgiska teamet för nedre GI och de medicinska gastroenterologerna.

– Ytterligare reduktioner av antal vårdplatser sedan dess har lett till att även övre



Christer Grännö, chef för mag-tarmsektionen, och Axel Ros, verksamhetschef på kirurgiska kliniken.

GI har flyttat till samma avdelning, fortsätter Axel.

Själva sjukhuset, som ger ett anmärkningsvärt nytt och fräscht intryck, slog upp dörrarna 1988. Det var då – samma vecka som invigningen ägde rum i september – som både Axel och Christer kom hit.

– Jag kom för att påbörja min AT-tjänstgöring, säger Axel.

– Och jag började den veckan ett vikariat. Tre månader senare fick jag också börja min AT här, fortsätter Christer.

De har alltså varit med på Ryhov sedan allra första början.

Totalt tre olika gastroteam

Det finns totalt 345 000 invånare i landstinget som länsjukhuset skall betjäna tillsammans med två länsdelssjukhus – ett i Värnamo och ett i Eksjö.

– Det är ett landsting med stabil ekonomi. Därför har det inte varit någon dramatik med stora omorganisationer, säger Axel.

Man utför ungefär 2 000 gastrokopier, c:a 600 koloskopier, runt 1 500 sigmoidoskopier och 150 ERCP per år.

Under 2007 hade den medicinska delen av gastroenterologin 269 vårdtillfällen med sammanlagt 1500 vård dagar, och den kirurgiska 1200 vårdtillfällen med sammanlagt knappt 8 000 vård dagar.

I varje team på kirurgkliniken ingår tre

överläkare, och det medicinska teamet består också av det, samt ytterligare en specialist.

– Vi är också väldigt glada över att vi precis fått en nybliven kvinnlig specialist, med inriktning mot övre GI-kirurgi, berättar Axel.

Forskning

I sin utvecklingsstrategi har landstinget satsat på forskning. Alla forskningspengar går via en organisation som heter *Futurum*.

– De lägger ganska mycket pengar på det – för att kunna rekrytera, men även behålla, kompetent personal, förklarar Axel.

– Av de överläkare som arbetar på nedre GI, är två disputerade och den tredje ska disputerar nu i maj. Det är Niklas Zar som lägger fram en avhandling om tunntarmscancer. De tre överläkarna på övre GI är samtliga disputerade, fortsätter han.

– Två av läkarna på medicin är doktorander just nu. Det är Henrik Stjernman som håller på med ett projekt om livskvalitet vid Crohns sjukdom, samt Rupesh Rajani som håller på med ett projekt om levertrombos.

– Ett så stort antal disputerade överläkare är kanske inte vad alla tänker på i första hand när de hör ordet Länsjukhus, tillägger Christer... ☺



Henrik Stjernman,
överläkare på medicinkliniken.



Monica Wählin och Anette Persson,
sjuksköterskor på mag-tarmmottagningen.

Livskvalitet vid Crohns sjukdom

Vi träffar Henrik Stjernman, och ber honom berätta lite mer om sitt forskningsprojekt.

– Det är ett samarbete med Linköping och Örebro, berättar Henrik.

– Vi har utvärderat de mått på livskvalitet som man använder vid Crohns sjukdom idag, och funnit vissa brister. Därför har vi tagit fram ett instrument som förklarar och förbättrar mätningen – ett som man kan använda i sin kliniska vardag.

– Dessutom har vi granskat olika index, och kommit fram till att de i större utsträckning mäter livskvalitet, än inflammatorisk aktivitet. Det är viktigt att man mäter båda i en klinisk behandling eller studie – men det är också viktigt att man håller isär dem. Man ska inte slå ihop dem och kalla dem för ”sjukdomsaktivitet”!

Henrik räknar med att kunna lägga fram sin avhandling om två år. På Gastrodagarna kommer han att ha en poster.

– Jag har redan talat om mitt projekt vid Gastrodagarna i Linköping, förklarar han och tillägger:

– Vi måste hitta bättre sätt att mäta hälsa vid Crohns sjukdom.

Gallriks

Det svenska kvalitetsregistret för gallkirurgi – Gallriks – startades och styrs idag från Ryhov, berättar Axel.

– Det startade på ett initiativ från kirurger från kliniken här på så sätt att de ordnade ett uppstartsmöte. Sedan drog arbetet med registret igång i maj 2005. Registerhållare är Gunnar Persson, överläkare på kirurgkliniken här. Sjuksköterska Therese Barje är nationell koordinator.

– En sak som det redan har visat är att – utan att det fanns något vetenskapligt underlag – det var väldigt skiftande strate-

gier när det handlade om antibiotikaproylax före gallkirurgi i landet. Data från Gallriks visade att denna profylax inte hade någon effekt, och dessa slutsatser presenterades under Kirurgveckan 2007.

– Under Gastrodagarna kommer nya resultat att presenteras – denna gång om ERCP, baserat på data från Gallriks, avslöjar Axel.

Qulturum

Christer berättar att landstinget inte bara medvetet satsar på forskning – man var även tidigt ute med att diskutera kvalitetsfrågor.

– Det finns en egen utvecklingsenhet inom landstinget som heter *Qulturum*. Det är ett eget centrum för utveckling och förbättringsarbete inom hälso- och sjukvård, förklarar han.

– I huvudsak drar de upp riktlinjerna för hur utvecklings- och kvalitetsarbetet ska gå till inom landstinget. Det gör de bland annat genom att ordna ett antal utbildningar för verksamheten, t.ex. i hur man ska organisera densamma för att få en bättre tillgänglighet och patientsäkerhet. Just nu handlar det mycket om just patientsäkerhet.

Samarbete

Både Axel och Christer påpekar att Futurum inte bara handlar om forskning – utan även om utbildning.

– Vi har ett nära samarbete med Linköpings Universitet, och har medicine studerande. Dessa kan ha en stor del av sin kliniska utbildning på Länssjukhuset Ryhov. Det finns även en Hälsohögskola i Jönköping, studenterna därifrån kommer också hit. Vi ser oss därför som ett utbildningssjukhus, påpekar de.

Vi går runt med Axel och Christer på

de olika avdelningarna på Ryhov. När vi besöker endoskopienheten, berättar Axel att de har två egna, fast anställda narkossköterskor.

– Dessutom så har medicin- och kirurgikliniken, förutom endoskopin, även akutvårdsavdelningen gemensam. Alltså en ”AVA” – d.v.s. både MAVA och KAVA. Även där har vi samma prestigelösa samarbete, förklarar han.

Kvalitetsregister

På medicinkliniken träffar vi sjuksköterskorna Monica Wählin och Anette Persson. De är ”spindlarna i nätet på mag-tarmmottagningen”, enligt Christer.

– En stor del av vår verksamhet är telefonrådgivning och sköterskebesök, säger Monica.

– De har ungefär 800 IBD-patienter att hålla reda på, tillägger Christer.

Monica förklarar att drygt 200 av dessa står på immunosuppressiva läkemedel som sköterskorna handlägger på delegering.

– Vi har byggt upp ett läkemedelsregister som stöd så att man inte ska ”tappa bort” patienter, fortsätter Christer.

– Sjuksköterskorna monitorerar patienten och tar exempelvis hand om upp titrering av läkemedel enligt ett uppgjort schema till en given måldos.

– I länet har vi byggt upp ett kvalitetsregister för inflammatorisk tarmsjukdom, där sjuksköterskorna sköter mycket av det löpande arbetet. Vi har haft detta register sedan 2003, och vi kommer att presentera data från det under Gastrodagarna.

Monica fortsätter med att berätta att när en patient undersökts med gastroskopi, och det visar sig att denne har en glutenintolerans, så är det de som tar kontakt med patienten och informerar.

– Vi har ett speciellt PM vi följer om vad det är vi ska informera om – remiss till dietist m.m., berättar hon.

– I samband med den muntliga informationen skickas även skriftlig information till patienten. Vi använder oss också av de fyra frågorna i SHS-skalan, berättar Anette.

– Patienten får fylla i ett formulär och skicka tillbaka till oss. Formuläret får de besvara vid diagnosbesked samt efter ett år. Patienten kontrolleras på Mag-tarmmottagningen under ett år, därefter blir de överremitterade till primärvården, förklarar Anette.

Lagom stort sjukhus

Den första konkreta diskussionen om att stå som värd för Gastrodagarna började i Jönköping år 2006.

– SGF hörde av sig med en förfrågan. Ett skäl till det var antagligen att kirurgkliniken med så stor framgång ordnat Kirurgveckan 2004, tror Axel.

En lokal kommitté har arbetat med programmet, och han tillägger att man försökt att engagera ganska många i denna – läkare, sjuksköterskor och endoskopi-personal.

– Vi har fördelen att arbeta på ett lagom stort sjukhus där alla känner varandra!

Axel tillägger också att man haft ett bra samarbete med SGF:s vetenskapliga sekreterare Magnus Simrén.

Program för klinisk vardag

Christer påpekar att man ville ha ett program som hade en förankring i den kliniska vardagen.

– När man åker härifrån ska man känna att man har lärt sig något som man har nytta av hemma på sin klinik – i all fall är det vår ambition, säger Axel.

När det gäller programmet så hade SGF några önskemål om programpunkter som de ville skulle vara med, men ansvaret för upplägget har man haft i Jönköping.

Både Christer och Axel säger att det inte har varit några problem med att få föreläsare att ställa upp.

– Men det var en vi kontaktade som *inte* kunde komma – Göran Hägglund, socialministern, som vi hade hoppats skulle ställa upp i en paneldebatt. Han bor ju inte så långt härifrån. Tyvärr visade

det sig att han hade förhinder, konstaterar de med beklagande.

När det gäller det sociala programmet är det klart, men varken Axel eller Christer vill avslöja något i förväg.

– Du kan skriva ”högkvalitativa artister”, säger de hemlighetsfullt...

Tar fasta på Jönköpingstradition

Någon godbit i det vetenskapliga programmet vill de heller inte peka ut.

– Det kan vi inte, eftersom det är *fullt* av delikatesser, säger Christer.

Fast Axel kan ändå tänka sig att berätta något:

–Det finns i Småland en mycket lång tradition av sjukvårdsarbete utomlands – vilket har med missionens starka ställning i länet att göra. Det har påverkat vården även i Jönköping. T.ex. har den i Sverige tidiga etableringen av en infektionsklinik i Jönköping att göra med ett lokalt intresse för tropikmedicin.

– Vi har bestämt oss för att ta fasta på det. Därför kommer en programpunkt att handla om udda gastrointestinala sjukdomar. Gunnar Holmgren, infektionsklinik, kommer att tala om ”TBC och andra importerade tarmsjukdomar” och professor Janne Björkander, medicinkliniken, kommer att tala om hereditära febrar.

Och med dessa, samt tidigare under dagen några små – kanske oavsiktliga – avslöjanden om vad Gastrodagarna i Jönköping kommer att bjuda på, är *Gastrokurirens* dag i Jönköping till ända.

Vi återkommer naturligtvis i maj – väl mött då!

Per Lundblad

**Kallelse årsmöte i SGF**

Årsmöte i Svensk Gastroenterologisk Förening äger rum i samband med Svenska Gastrodagarna, Elmia i Jönköping, onsdag 7 maj kl. 17.05–18.00. Ingen separat föransmälan krävs för årsmötet.

- | | |
|--|----------------------------------|
| 1. Mötets öppnande | 8. Redogörelse av facklige sekr. |
| 2. Frågan om stadgeenlig utlysning av årsmötet | 9. Kassörens rapport |
| 3. Fastställande av dagordning | 10. Revisionsberättelse |
| 4. Val av mötesordförande och sekreterare | 11. Beslut om ansvarsfrihet |
| 5. Val av två justeringsmän | 12. Val av ny styrelse |
| 6. Genomgång av föregående årsmötesprotokoll | 13. Val av revisorer |
| 7. Genomgång av verksamhetsberättelse | 14. Val av valberedning |
| | 15. Övriga frågor |

SGFs STYRELSE 2008

Henrik Hjortswang
Ordförande
EM-kliniken, Universitetssjukhuset,
581 85 Linköping
Tel 013-22 21 30 (sekr)/013-22 20 00 (vx)
Henrik.Hjortswang@lio.se



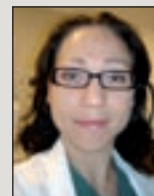
Johan D. Söderholm
Vice ordförande
Colorektalsektionen
Kirurgiska kliniken, Universitetssjukhuset
581 85 Linköping
Tel: 013-223546, Fax: 013-223570
johnda@ibk.liu.se



Magnus Simrén
Vetenskaplig sekreterare
Sektionen f gastroenterologi & hepatologi
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg
Tel 031-342 63 89
Magnus.simren@medicine.gu.se



Mikael Machado
Kassör
Mag-tarmcentrum
Ersta Sjukhus
Box 4622, 116 91 Stockholm
Tel. 08-7146500
Mikael.Machado@erstadiakoni.se



Jenny Gunnarsson
Ledamot (ordförande i SYG)
Sektionen f gastroenterologi & hepatologi
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg
jenny.gunnarsson@vgregion.se



Ulla Johansson
Facklig sekreterare
Kirurgmottagningen,
Hudiksvalls sjukhus,
82481 Hudiksvall,
Tel 0650-92 000
ulla.m.johansson@lg.se



Annika Bergquist
Hepatologiansvarig
Karolinska Univ.sjukhuset, Huddinge,
141 86 Stockholm
Tel 08-58 58 00 00
Fax 08-58 58 23 35
annika.bergquist@ki.se



Per-Ola Park
Endoskopiansvarig
Kir Klin. SU/Östra
416 85 Göteborg
Tel 031-3434000
per-ola.park@vgregion.se



Leif Törkvist
Redaktör och webbmaster
Gastrocentrum, kirurgi
Karolinska Univ.sjukhuset, Huddinge,
141 86 Stockholm
Tel 08-58586939
leif.torkvist@ki.se

Hedersföreläsare vid Gastrodagarna

Christopher Williams från London är årets Lennart Welinföreläsare och hans föreläsning har titeln *The Future of Colonoscopy is Bright*.

Since my first colonoscopy at St Mark's Hospital in 1970, my contribution has been to develop most aspects of the performance of flexible colonoscopy, to practice it for the benefit of patients, to publish widely on the



Christopher Williams

subject and to teach and develop means of teaching colonoscopy technique. 'Clinically' I have, over the 25 year period, performed around 35,000 colonoscopies, to a high standard and with remarkably few complications – especially considering the number of procedures which have involved therapeutic manoeuvres which would previously have required open surgery.

As part of my career I have been involved in the setting-up of four Endoscopy Units (at the old & new St Mark's and two Units at the London Clinic) and in helping ensure proper standards of performance within them. The new St Mark's Unit (Wolfson Unit for Endoscopy) has an attached Aca-

demid Centre for which I obtained funding from the Kennedy Leigh family and has now become the lead UK National Training Centre for Colonoscopy.

My involvement with The London Clinic Endoscopy Unit has been a fruitful one, both in terms of professional practice and also as a means of keeping in touch with other London colleagues. The Clinic Unit has acquired the advanced colonoscopy instrumentation that I have been instrumental in developing, in (unpaid) relationship with the Olympus manufacturers, variable stiffness colonoscopes and the 'magnetic imager' system now marketed world-wide as ScopeGuide. It has been a matter of satisfaction to hear my colleagues confirm that they find these technologies just as invaluable to high-level performance as I have myself. St Mark's has published the academic evaluations in prototype and other UK centres have espoused similar technology as part of the Colonoscopy Training scheme.

One aspect of my career as an academically-oriented specialist endoscopist has been slow in realisation. This is the release of a realistic Computer Simulator to teach colonoscopy and evaluate standards of performance by existing endoscopists. It has been problematic to resolve the mathematics required to program simulator reality

onto a computer affordable by medical institutions. After 10 years of development, the first four years funded by my own donor contacts and subsequently by commercial sponsorship (Olympus Corporation, Tokyo & KeyMed Ltd, Southend-on-Sea), the first product is to be launched in Sept 2005.

Since my retirement from the NHS in 2003, my colleague Dr Brian Saunders has succeeded me as Director of the Wolfson Unit, maintaining many of the goals that he and I have developed over the past 15 years. I remain involved on an occasional basis as an Honorary Consultant to the Unit. The emergence of the Simulator should make it possible to offer 'accelerated colonoscopy training'. Once this possibility has been trialled in the St Mark's Unit, we hope that I will have a useful role as ambassador for the St Mark's Unit in introducing the Simulator and the accelerated teaching concept to other centres in the UK and around the world.

My plan for the coming years, if blessed with good health and continuing competence, is therefore to maintain and further develop my own hand-skills whilst also acting as a travelling ambassador, helping to disseminate the high standards of performance and teaching that already exist at St Mark's and amongst some of those practising at the London Clinic.

André Smout från Utrecht är årets Frans Baranyföreläsare och hans föreläsning har titeln *GI Motility Tests in Clinical Practise*.

André J.P.M. Smout was born in 1950 in Amsterdam, the Netherlands. In 1968 he started his study of medicine at the University of Amsterdam. This study was completed in 1975. He



André Smout

subsequently enrolled as a trainee in internal medicine in a non-academic hospital in the vicinity of Rotterdam. This turned out to be a disappointing experience; André was unhappy with the burden of routine clinical work and the lack of time for contemplation and scientific research.

When a position as PhD fellow became available at the University of Rotterdam, for research on the myoelectric activity of the stomach, he applied for it and he got the job. From 1976 until 1980 he carried out experiments in dogs and human subjects that eventually led to his PhD thesis entitled "Gastric myoelectric activity: gastroelectromyography and electrogastrography" (1980).

Perhaps predictably, during his years in Rotterdam André Smout experienced that he missed the clinical work with patients and he decided to return to a training in internal medicine.

After about a year of training (in Rotterdam) a position for training in gastroenterology became vacant at the department of Gastroenterology of the Academic Hospital of Utrecht, the Netherlands. Upon instiga-

tion by colleagues André applied for it. The additional training in Utrecht lasted from 1981 until 1984, when he became a registered as a gastroenterologist. He subsequently became staff member of the department of Gastroenterology at the University Medical Center in Utrecht.

In 1994 André Smout was appointed professor on a personal chair entitled "Neurogastroenterology and Motility". In this position professor Smout's daily activities are a mix of patient care, scientific research and teaching. Among the patient care-related activities of professor Smout endoscopy, outpatient clinics and the interpretation of manometric and pH/impedance studies take an important position. Professor Smout coaches PhD students during their 3-4 years' period of scientific research. According to his taste, the patient

care is consuming too much time and too little time remains for research. Professor Smout's teaching activities comprise teaching to undergraduate students, contributing to postgraduate courses and delivering lectures at international congresses and symposia. The latter is an activity that professor Smout particularly enjoys.

Since 1976 professor Smout's research activities have been devoted to gastrointestinal motility and Neurogastroenterology in health and disease. Most of the studies done by him are clinically oriented, and aim to improve patient care. Over the years, he was involved in studies into the pathophysiology, diagnosis and treatment of functional bowel disorders and diseases associated with

abnormal gastrointestinal motility, including gastroesophageal reflux disease.

In 1989 André Smout worked for some months in the research laboratory of professor Don Castell (Winston Salem, NC, USA). One of the activities during that period was the recording of cortical evoked potentials elicited by esophageal balloon distension in patients with noncardiac chest pain.

In 1992 professor Smout worked for a few months with professor Michael Horowitz in the Royal Adelaide hospital, Adelaide, South-Australia on research projects focussing on the motility of the antropyloric region. At that occasion he introduced the technique of electrogastrography to the Australian continent.

Professor Smout is author of more than 250 peer-reviewed scientific publications, several books and many book chapters on gastrointestinal motility and functional bowel disorders. He reviews scientific papers for peer-reviewed journals on a very regular basis.

In 2005 professor Smout was awarded a Masters Award of the American Gastroenterological Association.

Presently, professor Smout is chairman of the Section on Gastrointestinal Motility of the Dutch Society of Gastroenterology.

Vicente Arroyo från Barcelona är årets Ulrika Brooméföreläsare och hans föreläsning har titeln *GI Motility Tests in Clinical Practise*.

Brief presentation, Vicente Arroyo

Born in 1945 in La Coruña (Northwest of Spain). Married. Two daughters and one son.

Education

University of Barcelona 1962–1969.
 Doctoral Thesis, University of Barcelona 1972.
 Research Fellow King's College Hospital, University of London 1972–1974.



Vicente Arroyo

Current position

Professor of Medicine and Director of the Institute of Digestive and Metabolic Diseases, Hospital Clinic. University of Barcelona.

Main topics of research:

1. Pathogenesis and Treatment of Ascites and Related Events (Hepatorenal Syndrome and Hyponatremia).
2. Bacterial Infections in Cirrhosis.
3. Acute on Chronic Liver Failure.

Main achievements

1. Mechanistic studies leading to the "Peripheral Arterial Vasodilation Hypothesis of Renal Dysfunction in Cirrhosis".
2. Identification of Cardiac Dysfunction in cirrhosis and its role in the pathogenesis of circulatory and renal dysfunction and hepatorenal syndrome.
3. Reintroduction of Therapeutic Paracentesis.
4. First studies on the treatment of Refractory Ascites (paracentesis and TIPS)
5. Introduction of selective intestinal decontamination with norfloxacin in the prophylaxis of bacterial infections and spontaneous bacterial peritonitis (SBP) in cirrhosis.
6. First studies on the prophylaxis of bacterial infections in patients with variceal bleeding.
7. Mechanistic studies leading to the current view of the pathogenesis of Hepatorenal Syndrome.
8. Introduction of the prophylaxis of type-1 hepatorenal syndrome in patients with or at risk of developing SBP.
9. Introduction of the treatment of hepatorenal syndrome with vasoconstrictors and albumin.
10. Demonstration that type-1 HRS is a specific form of multiorgan failure.

Scientific production

1. Original articles: 242
2. Editorials and review articles: 139
3. Books:18
4. Chapters: 148
5. Invited Lectures: 293

Main current project

Development of the Esther Koplowitz Biomedical Investigation Center (CIBEK) in Barcelona (closed to Hospital Clinic). The CIBEK, with a capacity of 400 investigators, will be devoted to research on Hepatic, Digestive and Metabolic Diseases, Oncology and Neurosciences. The approximate surface of the building is 14 000 sqm, 8 000 of which will consist on research laboratories. The CIBEK will be operative in March 2010.

Editorial Activity

Associated Editor of *Journal of Hepatology* 1995–1999.
 Associated Editor of *Hepatology* 2001–2006.

Abstrakt Gastrodagarna 2008

Muntliga Presentationer Inflammatorisk tarmsjukdom

MP-01

Patientstyrd IBD-mottagning – är det möjligt och kan man bevara kvaliteten?

*J. Tholstrup; M. Wielondek; W. Broda; M. Rejler
Höglandssjukhuset, Medicinska kliniken, Eksjö, Sweden*

Bakgrund: Höglandssjukhuset i Eksjö har ett patientunderlag på 115.000 patienter, varav 467 har UC eller mb crohn. Våren 2001 gjordes en djupanalys av mottagningens uppdrag utgående från ett patientperspektiv med syftet att genom att ändra arbetssätt förbättra tillgängligheten och höja vårdkvaliteten.

Metod: Eftersom patienter med stabil IBD kan och önskar att ta ett eget ansvar för sin hälsa erbjuds de patienter som anses lämpade (stabil sjukdom där det inte finns speciella skäl för läkarebesök) en valfrihet beträffande uppföljning, antingen "traditionella" läkarebesök eller en årlig, väl strukturerad telefonkontakt med sjuksköterska. Vid behov kan patienten ringa en sjuksköterska på mottagningen, där hon kan rekommendera egenvård – eventuellt efter samråd med läkare - eller erbjuda ett läkarebesök inom 3 dagar. För att säkra bibehållen kvalitet görs kontinuerliga mätningar av väntetider, medicinska resultat och patienttillfredsställelse. De medicinska resultaten följs i ett kvalitetsregister där diagnos, enkla biokemiska markörer samt patientens upplevelse av sin hälsa (SHS) registreras liksom det finns definierade mål (Hb>120 hos >95%, SHS-score <4 hos >90%). Patienter med celiaki i remission (CE) har använts som referens. Det har även gjorts uppföljande analys av compliance och vårdkonsumtion.

Resultat: Ca 175 ptt följs enbart via sköterskakontakt, ca 100 vid kontakt med sköterska alternerande med läkarebesök. Kvalitetsresultat finns registrerade för 85% av ptt med UC och 74% av patienter med CD. Andelen ptt med Hb >120 gr/l är 97% för UC, 96% för CD för ptt med CE 94%. QoL: Ptt med Crohns sjukdom har högre grad av sjukdomspåverkan och oro än ptt med UC och CE, men i övrigt jämförbara resultat. Resultaten har inte försämrats under åren. Compliance till 5-ASA: 83% av ptt med extensiv/total UC har fått recept, 68% har tagit ut >70% av ordinerad dos från apotek.

Tillgänglighet: 16,1 dagars väntetid för prioriterade remisser (2006), ingen väntetid för planerade återbesök. Väntetid för akutbesök < 3dagar. Antalet "akutbesök" på mottagningen har minskat med 80% under perioden 2001-2006. Antalet inläggningar på sjukhus har minskat med 55% under perioden 1999-2005.

Slutsats: Genom att designa vården efter patienternas behov och önskemål och således individualisera vården enligt patientens egentliga behov kan man alstra sjukvård av hög kvalitet med optimal tillgänglighet och prioritera den gruppen patienter som har störst behov.

MP-02

Monitorering av fekala markörproteiner vid IBD skov – vilken är patientnyttan?

M. Wagner¹; P. Sangfelt¹; C.G.B. Peterson²; M. Carlson¹

¹Akademiska Sjukhuset, Inst. för medicinska vetenskaper, gastrosektionen, Uppsala, Sweden; ²Akademiska Sjukhuset, Inst. för medicinska vetenskaper, klinisk kemi, Uppsala, Sweden

Bakgrund: Syftet med studien var att undersöka om fekalt Calprotectin (FC) kan användas för värdering av behandlingsutfallet vid skov av ulcerös kolit (UC) och Crohn's sjukdom (CD). Dessutom jämfördes FC med fekalt myeloperoxidas (F-MPO) och eosinofil protein X (F-EPX)

Metod: Totalt 38 patienter med tidigare diagnostiserad IBD (27 UC respektive 11 CD) som sökte hjälp för skov i sin sjukdom deltog i studien. Patienterna studerades före, efter fyra och åtta veckors behandling med klinisk, endoskopisk och histopatologisk score (UC) respektive Harvey-Bradshaw index (CD). Vid samtliga tillfällen analyserades FC med ELISA, samt F-MPO och F-EPX med RIA. Efter initial bedömning (inklusion) startades individuell behandling efter gängse rekommendationer. Behandlingsutfall bedömdes som komplett, inkomplett eller non respons utifrån predefinierade kriterier.

Resultat: Vid inklusion hade 97% (37/38) av patienterna förhöjt FC (> 94,5 µg/g). I gruppen med UC uppnådde 77% (21/27) av patienterna komplett respons efter åtta veckors behandling, och hos dessa sjönk FC nivåerna signifikant redan efter fyra veckors behandling (p <0.0001), vilket inte noterades i gruppen med inkomplett behandlingssvar. Hos CD patienterna uppnådde 91% (10/11) komplett respons efter åtta veckors behandling, men ingen signifikant förändring av FC nivåer noterades. I gruppen med UC respektive CD beräknades efter åtta veckors behandling respektive fekala markörs sensitivitet, specificitet, positiva prediktiva värde (PPV) och negativa prediktiva värde (NPV) för komplett respektive icke komplett respons, se tabell 1 och 2.

Slutsatser: Hos patienterna med UC kunde förhöjt FC verifiera skov av sjukdomen. Normaliserade nivåer av FC och/eller F-MPO efter åtta

Tabell 1 UC	FC	F-MPO	F-EPX
Sensitivitet% (95%CI)	100 (54-100)	100 (54-100)	83 (36-97)
Specificitet% (95%CI)	52 (30-74)	24 (8-47)	29 (11-52)
PPV% (95%CI)	38 (13-65)	27 (11-50)	25 (9-49)
NPV% (95%CI)	100 (71-100)	100 (48-100)	86 (42-98)

Tabell 2 CD	FC	F-MPO	F-EPX
Sensitivitet% (95%CI)	100 (16-100)	100 (17-100)	100 (17-100)
Specificitet% (95%CI)	33 (7-70)	22 (4-60)	33 (8-70)
PPV% (95%CI)	14 (2-58)	12 (2-53)	14 (3-58)
NPV% (95%CI)	100 (30-100)	10 (2-53)	100 (30-100)

veckors behandling i UC gruppen indikerade komplett remission, dessa patienter torde kunna besparas ny endoskopisk undersökning. Hos patienterna med CD kunde förhöjt FC verifiera skov av sjukdomen. Normaliserade nivåer av FC och/eller F-EPX efter åtta veckors behandling i CD gruppen indikerade komplett remission. Kvarstående förhöjda nivåer av FC, F-MPO respektive F-EPX är inte liktydigt med uteblivet behandlingssvar hos vare sig UC eller CD utan bör värderas närmare.

MP-03

Ökat antigenupptag i icke-inflammerad colon vid ulcerös colit medieras via muskarina receptorer på subepiteliala eosinofiler

C. Wallon¹; A.C. Ericson²; M. Lampinen³; M. Carlson³; P.C. Yang⁴; P. Sherman⁵; D.M. McKay⁶; J.D. Söderholm¹

¹Universitetssjukhuset, Kirurgiska kliniken, Linköping, Sweden; ²Universitetssjukhuset, Cellbiologi, Linköping, Sweden; ³Akademiska sjh, Medicinsk Gastroenterologi, Uppsala, Sweden; ⁴McMaster University, IDRR, Hamilton, Canada; ⁵University of Toronto, Dept of Pediatrics, Toronto, Canada; ⁶University of Calgary, Dept of Physiology, Calgary, Canada

Bakgrund: Patienter med ulcerös colit uppvisar ökad permeabilitet i colon. I djurmodeller och hos friska individer regleras upptag av proteinantigen över colonslemhinna bl.a. av corticotropin releasing hormone (CRH), kolinerga nerver och mastceller. Vårt syfte var här att studera makromolekylupptag och jonsekretion i icke-inflammerad colonslemhinna hos patienter med ulcerös colit (UC).

Metod: Biopsier från 15 UC patienter i remission och 15 friska frivilliga studerades i Ussing-kammare avseende makromolekylpermeabilitet (pepparrotsperoxid, HRP och 51Cr-EDTA), och elektrofysiologi utan och med tillsatts av CRH blockerare, muskarinreceptor-blockare respektive mastcellsstabiliserare. Biopsierna studerades med fluorescensmikroskopi avseende mastceller, lokalisering av muskarina receptorer, CRH-producerande celler och eosinofila granulocyter.

Results: En ökad HRP-permeabilitet sågs hos UC patienter (2.28 ± 0.20 pmol/cm²/h) jämfört med kontroller (0.99 ± 0.19; p<0,02). Det ökade upptaget av HRP vid UC normaliserades av förbehandling med atropin (0.76 ± 0.26), CRH-receptor antagonisterna α-helical CRH (9-41) (1.37 ± 0.24), eller mastcellsstabiliseraren lodoxamid (1.16 ± 0.28). Immunohistokemi påvisade ett ökat antal eosinofiler i lamina propria i UC mucosa, vilka uttryckte muskarina receptorer av subtyperna M2 och M3, samt CRH.

Konklusion: Ökat transmukosalt upptag av proteinantigen i icke-inflammerad colon hos UC patienter regleras via kolinerga signaler, CRH och mastcellsaktivering. Subepiteliala eosinofiler som uttrycker muskarinreceptorer och producerar CRH kan vara involverade i regleringen av denna process. ➔

Kroniska leversjukdomar

MP-04

Epidemiologi och klinik vid debut av autoimmun hepatit i Sverige

M. Werner ¹; H. Prytz ²; B. Ohlsson ³; S. Almer ⁴; E. Björnsson ⁵; A. Bergquist ⁶; S. Wallerstedt ⁷; H. Sandberg-Gertzén ⁸; R. Hultcrantz ⁹; P. Sangfelt ¹⁰; O. Weiland ¹¹; Å. Danielsson ¹

¹Norrlands Universitetssjukhus, Medicinkliniken, Umeå, Sweden; ²Lunds Universitetssjukhus, Medicinkliniken, Lund, Sweden; ³Malmö Allmänna Sjukhus, Medicinkliniken, Malmö, Sweden; ⁴Linköpings universitets sjukhus, Medicinkliniken, Linköping, Sweden; ⁵Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Medicinkliniken, Göteborg, Sweden; ⁶Karolinska Universitetssjukhuset/Huddinge, Medicinkliniken, Stockholm, Sweden; ⁷Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra, Medicinkliniken, Göteborg, Sweden; ⁸Örebro Universitetssjukhus, Medicinkliniken, Örebro, Sweden; ⁹Karolinska Universitetssjukhuset/Solna, Medicinkliniken, Stockholm, Sweden; ¹⁰Akademiska Sjukhuset, Medicinkliniken, Uppsala, Sweden; ¹¹Karolinska Universitetssjukhuset/Solna, Infektionskliniken, Stockholm, Sweden

Bakgrund: Autoimmun hepatit (AIH) är en kronisk leversjukdom, vilken behandlad ofta leder till levercirrhos och leversvikt. Insjuknande och sjukdomsförlopp varierar stort. Incidens och prevalens är endast vagt kända. Denna studie är en del av ett större SILK-samarbete rörande AIH.

Mål: Att i en svensk kohort studera incidens, prevalens, diagnostik och den initiala kliniska presentationen.

Material och metod: Vi har efter AIH-score beräkningar enligt Alvarez samlat en kohort på 473 svenska patienter med "trolig" eller "säker" AIH. Insamlandet av patienter har varierat något mellan de tio olika Universitetssjukhusen, varför de epidemiologiska beräkningarna utgår från en subpopulation av kohorten.

Resultat: Incidensen beräknades till 0,85/100 000 (95% konfidensintervall 0,69-1,01) invånare, vilket är något lägre än vad som tidigare finns beskrivet. Punktprevalensen beräknades vara 10,7/100 000 invånare (95% konfidensintervall 8,8-13,1). 76% var kvinnor. Den ålders-korrigerade incidenskurvan påvisade en bimodal fördelning för kvinnor dels en topp i sena tonåren, dels en större efter menopaus. För män kunde endast en topp påvisas i sena tonåren. Den kliniska bilden vid insjuknandet i AIH varierar stort från den i stort asymptomatiska patienten, vilken upptäcks i förbigående, till akut leversvikt. Närmare 30% av patienterna hade biopsiverifierad levercirrhos vid insjuknandet. Autoantikroppar (ANA och/eller SMA) typiska för AIH påvisades hos 79%. Enligt fåtal påvisades LKM-Ak tydande på AIH typ 2. Annan autoimmun sjukdom kunde påvisas hos 49%.

Slutsats: Incidens och prevalenssiffror i studien bekräftar att AIH är en relativt ovanlig sjukdom i Sverige. Symptomen vid insjuknande är ofta vaga, men bortom hälften av patienterna har ikterus och närmare 30% har redan levercirrhos vid diagnos. Eftersom det idag finns bra farmakologisk behandling (steroider och azathioprin) som kan förhindra eller fördröja cirrhosutveckling bör en mer liberal hållning förespråkas med att utöka laborativa undersökningar med ANA, SMA och IgG hos patienter med förhöjda leverprover för att i tid kunna ge adekvat behandling. Majoriteten av AIH patienter i Sverige har AIH typ 1.

Funktionella mag-tarmsjukdomar

MP-05

Effekt av aloe vera hos patienter med Irritable Bowel Syndrome (IBS) – en randomiserad, dubbel-blind, placebo-kontrollerad studie

L. Midenfjord; S. Störsrud; A. Lindh; G. Ringström; P. Agerforz; J. Wallin; P. Jerlstad; H. Abrahamsson; M. Simrén

SU/Sahlgrenska, Medicinkliniken, Göteborg, Sweden

Bakgrund: Få effektiva behandlingsalternativ finns för patienter med IBS. Många patienter med IBS använder sig av alternativa behandlingsformer, men randomiserade, kontrollerade studier av effektiviteten av dessa behandlingsformer är sällsynta. I en studie har man sett en tendens till positiv effekt av peroral behandling med Aloe Vera och många patienter meddelar att de använder detta för sina tarmsymtom.

Mål: Att jämföra effekten av Aloe Vera i en randomiserad, dubbel-blind, placebo-kontrollerad studie på patienter med IBS.

Metod: Efter en två-veckors screeningperiod randomiserades 68 patienter med IBS enligt Rom III kriterierna (Medelålder 44 (19-69) år; 51 kvinnor) till att erhålla Brustablett innehållande 250mg Aloe Vera (Vera+®) 1x2 eller matchande placebo under 4 veckor. Effekten på mag-tarmsymtom värderades med veckovist ifyllande av IBS Severity Scoring System (IBSSSS) och en fråga om de upplevt tillfredsställande lindring av sina mag-tarm-symtom under den gångna veckan. Patienterna mätte också oroan transit tid (OATT) före och under behandlingsperioden, samt fyllde i Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale för värdering av ångest och depression.

Resultat: Svårighetsgraden av mag-tarmsymtom förbättrades av Aloe Vera (IBS-SSS: 314±83 vs. 257±107; p=0,003), men inte av placebo (276±88 vs. 253±100; NS) (skillnad mellan grupperna: p=0,10). Svårighetsgraden av buksmärta förbättrades signifikant mer i Aloe Vera gruppen än i placebo-gruppen (p=0,03). En högre andel "responders" (definierades som minskning av IBSSS≥50 poäng) sågs efter Aloe Vera (58%) jämfört med placebo (29%) (p=0,09). OATT påverkades inte av behandlingen, och ingen effekt sågs på ångest eller depression. Aloe Vera tolererades väl av patienterna och inga allvarliga biverkningar noterades. Alla patienter utom fem (fyra i placebo-gruppen och en i Aloe Vera gruppen) fullföljde behandlingen.

Slutsats: Aloe Vera verkar vara ett lovande behandlingsalternativ för patienter med IBS. Större randomiserade, kontrollerade studier behövs nu för att bekräfta dessa resultat och utvärdera potentiella mekanismer bakom den positiva effekten av Aloe Vera på mag-tarmsymtom.

MP-06

Irritable Bowel Syndrome (IBS) evidensbaserade symtomkriterier från befolkningstudie

S.A. Walter ¹; L. Kjellström ²; H. Nyhlin ²; N.J. Talley ³; G. Bodemar ¹; L. Agréus ⁴

¹Universitetssjukhuset Linköping, Endokrin- och Magtarmmedicinska kliniken, Linköping, Sweden; ²Ersta Sjukhus, Magtarmcentrum, Stockholm, Sweden; ³Mayo Clinic, Department of Internal Medicine, Jacksonville, United States; ⁴Karolinska Institutet, Institution för Allmänmedicin, Stockholm, Sweden

Bakgrund: Buksmärta med tarmsymtom kan vara IBS. Enligt expertconsensus (Rome kriterier), är huvudkriterier lindring av buksmärta efter tarmtömning och mer frekvent tarmtömning vid skov. Dessa kriterier har ej validerats. Målsättning: Att identifiera IBS symtom i en befolkning.

Metod: Ur befolkningsregistret valdes 4000 personer mellan 18-70 år. Ett slumpvis urval initerades till Ersta Sjukhus för klinisk undersökning av medicinsk gastroenterolog, ileokolonoskopi, blod- och avföringsprov. 168 kvinnor (medelålder 52.4) och 99 män (medelålder 54.3) registrerade mag-tarmsymtom och avföringsvanor med magdagbok detaljerat i 7 dagar.

Resultat: Kvinnor hade mer besvär med buksmärta (p=0.03), uppkördhet (p=0.02), behov av att snabbt komma till toaletten (p<0.0001) och känsla av ofullständig tömning (p=0.0001) än män. Det var ingen skillnad i avföringsfrekvens eller konsistens mellan män och kvinnor. 172 individer hade ingen buksmärta, 74 personer registrerade en eller fler episoder. Personer med buksmärta utan organisk förklaring hade fler tömningar per vecka (p=0.01), mer hård avföringskonsistens (p=0.01), mindre normal avföringskonsistens (p=0.02), mer uppkördhet (p<0.0001), oftare bråttom till toaletten (p<0.0001), oftare känslan av ofullständig tömning (p<0.0001) och mer illamående (p<0.0001) än sådana utan. Individer med växlande avföringskonsistens (lös-normal-hård) hade mer buksmärta än sådana med normal konsistens (p=0.002). 36% av buksmärtepisoderna började/förvärrades i samband med måltid, men bara 8.4% lindrades/upphörde i anslutning till tömning. Personer med "bråttom till toaletten" hade högre avföringsfrekvens (p<0.0001), mer lös avföringskonsistens (p<0.0001), mer buksmärta (p<0.0001), mer uppkördhet (p<0.0001), och oftare känslan av ofullständig tömning (p<0.0001). Individer med "känsla av ofullständig tarmtömning" hade högre avföringsfrekvens (p=0.01), mer lös (p=0.0005) och hård (p<0.0001) avföringskonsistens, mer buksmärta (p<0.0001), mer uppkördhet (p<0.0001), oftare behovet att krysta (p<0.0001) samt oftare bråttom till toaletten (p=0.003). Krystning var inte associerad med buksmärta.

Konklusion: IBS kriteriet "buksmärta som lindras av tarmtömning" är ovanligt och borde utgå som symtomkriterium. Vanliga tarmsymtom som är associerade till "funktionell" buksmärta är växlande avföringskonsistens, att ha bråttom till toaletten (urgency), känslan av ofullständig tömning, högre tömningsfrekvens, postprandiell buksmärta och uppkördhet.

MP-07

T-cells-aktivering hos patienter med IBS

L. Öhman; S. Isaksson; A.C. Lindmark; I. Posserud; P.O. Stotzer; H. Strid; H. Sjövall; M. Simrén

Sahlgrenska Universitets sjukhuset, Magtarm lab, Göteborg, Sweden

Bakgrund: Irritable bowel syndrome (IBS) kan vara förknippat med en låggradig aktivering av immunförsvaret. Vi har därför undersökt funktion och fenotyp hos T celler isolerade från blod respektive tarmslemhinna hos IBS patienter.

Metoder: Blodprover togs initialt på 74 IBS patienter och 30 friska kontroller. Ytterligare två patientkohorter undersöktes; komplementär blodprover togs från 27 IBS patienter

och 14 kontroller, dessutom togs kolon biopsier från ytterligare 8 IBS patienter och 7 kontroller. Perifera blod mononukleära celler (PBMCs) och lamina propria lymfocyter (LPLs) stimulerades med anti-CD3/CD28 antikroppar och proliferation, cytokin sekretion och T cellernas fenotyp undersöktes.

Resultat: IBS patienter uppvisade en immunologiskt aktiverad fenotyp, med ökade nivåer av CD4⁺ hjälpar T celler och CD8⁺ cytotoxiska T celler i blod som uttrycker CD69 och Int 7/HLA-DR. Anti-CD3/CD28 stimulerade T celler från blod och tarm hos IBS patienter prolifererade mindre än T celler från friska kontroller, och frekvensen av blod T celler som genomgick mer än tre celldelningar var mindre än hos IBS patienterna. IBS patienter med hög T cells produktion av cytokiner rapporterade mer smärta än IBS patienter med låg cytokin produktion.

Slutsats: IBS patienters T celler verkar vara prestimulerade vilket resulterar i en lägre proliferation vid restimulering *in vitro*. Detta mönster stämmer väl överens med hypotesen att låggradig inflammation kan vara en bidragande orsak till IBS.

Gastroesofageal refluxsjukdom

MP-08

Dyspeptiska symptom efter utsättning av protonpumpshämmare hos friska frivilliga: klinisk betydelse av acid rebound

A. Niklasson¹; L. Lindström²; M. Simrén¹; G. Lindberg²; E. Björnsson¹

¹Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Med.klin, Gastrosektionen, Göteborg, Sweden; ²Karolinska Universitetssjukhuset, Med.klin, Gastrosektionen, Stockholm, Sweden

Bakgrund: Behandling med protonpumpshämmare (PPI) har visat sig kunna orsaka reboundhypersekretion av saltsyra efter utsättning. Den kliniska relevansen av detta fenomen är fortfarande oklar. Med denna studie ville vi undersöka om friska försökspersoner utvecklar dyspeptiska besvär efter utsättning efter en kortare tids behandling med PPI.

Metod: 48 H. pylori negativa, friska frivilliga försökspersoner (24 kvinnor) med en median ålder på 39 (range 22-68) randomiserades dubbelblindt till antingen pantoprazol 40 mg eller placebo i 28 dagar. Symptom registrerades dagligen med hjälp av Glasgow dyspepsia score (GDS) två veckor innan, under och sex veckor efter behandling. Plasma och måltidsstimulerat gastrin (15, 30 och 60 minuter efter måltid) och serum chromogranin-A (CgA) mättes innan, under och sex veckor efter behandling, som ett indirekt mått på graden av syrahämning.

Resultat: Under de två veckorna före behandling fanns ingen skillnad i förekomsten av symptom mellan grupperna (pantoprazol 0.54±1.3 och 0.20±0.7 i placebogruppen) (NS). Medelvärdet för symptomen under de fyra behandlingsveckorna var 1.40±4.1 i placebogruppen jämfört med 1.39±3.6 i pantoprazolgruppen (NS). Första veckan efter utsättning hade pantoprazolgruppen mer uttalade symptom 5.7±11.7 jämfört med 0.74±2.6 i placebogruppen (p<0.05). Totalt utvecklade 11 av 25 (44%) dyspeptiska symptom i pantoprazolgruppen jämfört med 2 av 23 (9%) i placebogruppen (p<0.01). Även under den andra veckan efter utsättning var symptomen mer uttalade i pantoprazolgruppen 1.6±3.4 mot 0±0 i placebogruppen (p<0.05) under denna

vecka utvecklade 6 av 24 (24%) av pantoprazolgruppen symptom att jämföra med ingen i placebogruppen. Under de tre följande veckorna fanns inga signifikanta skillnader i symptom scorer mellan grupperna. Gastrin och CgA värden var under sista behandlingsveckan högre i pantoprazolgruppen jämfört med placebogruppen (p<0.001). Symptomen under den första veckan efter behandling korrelerade med basala (p<0.01) och måltidsstimulerade (p<0.05) gastrinvärden under den sista behandlingsveckan.

Slutsats: Resultatet från denna studie tyder på att en relativt kort kur med protonpumpshämmare kan inducera symptom hos friska frivilliga efter utsättning.

Endoskopi

MP-09

Kapselendoskopi för diagnostiken av tunntarmstumörer: rapport från en multicentrisk, europeisk studie

E. Toth¹; E. Rondonotti²; M. Pennazio³

¹Universitetssjukhuset MAS, Medicinkliniken, Malmö, Sweden; ²University of Milan, Dept. of Medicine, Milan, Italy; ³S. Giovanni AS Hospital, Dept. of Gastroenterology and Clin Nutrition, Turin, Italy

Bakgrund: Enligt tillgängliga litteratordata utgör tunntarmstumörer (TT) 1–3% av alla gastrointestinala (GI)-tumörer, dock antyder några nyligen publicerade arbeten att incidensen av TT kan vara signifikant högre än tidigare rapporterats. Diagnos av TT sker ofta sent i sjukdomsförloppet pga svårigheter att undersöka tunntarmen med tillgängliga metoder. Videokapselendoskopi (VKE) är en icke-invasiv och effektiv metod för visualisering av hela tunntarmen och möjliggör tidig och korrekt diagnos av TT. Vi rapporterar resultatet av den hittills största internationella studien om TT som upptäcktes med VKE.

Metod: Med standardiserade frågeformulär samlades information om TT som upptäcktes vid 5129 VKE från 29 endoskopocentrum i tio Europeiska länder. Målsättningen för studien var att analysera incidens, klinisk presentation, makroskopisk och mikroskopisk bild samt utredning och behandling av TT som diagnostiserades med VKE.

Resultat: 124 (2.4%) av 5129 patienter som genomgick VKE hade TT (112 primärtumör, 12 metastas). Indikation för VKE hos patienter med TT var oklar (gastroskopi och coloskopi negativ) GI blödning (108), buksmärtor (9), utredning för primärtumör hos patienter med metastas (6), diarré med malabsorption (1). Den vanligaste primära tumörformen var GIST (32%) följt av adenocarcinoma (20%) och carcinoid (15%); 66% av metastaser utgjordes av melanomas. 80.6% av TT identifierades endast baserat på resultatet av VKE. 55 patienter genomgick VKE som den tredje undersökningen efter negativ gastroskopi och coloskopi. Solitär tumör påvisades hos 89.5% av fallen, medan multipla tumörer påträffades hos 10.5%. Kapselretention förekom hos 9.8% av patienter. Efter VKE och före behandling av TT genomgick 54 patienter 57 kompletterande undersökningar, de flesta av dem undersöktes med enteroskopi för histologisk diagnos. 95% av patienter med TT behandlades vid kirurgi.

Slutsats: Incidensen av tunntarmstumörer var högre än förväntat hos patienter med oklar gastrointestinal blödning. Tidig användning av VKE hos denna patientgrupp kan effektivisera utredningen och påverka efterföljande behandlingen.

Studiens resultat understryker betydelsen av att använda kapselendoskopi som rutinmetod i utredningen av denna patientgrupp.

MP-10

Randomiserad studie jämförande förslutning av ventrikelperforation med endoskopisk suturering (TAS) och öppen rafi

M. Bergström¹; G. Raju²; P.O. Park¹

¹Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra, Kir klin, Göteborg, Sweden; ²University of Texas, Endoscopy, Galveston, TX, United States

Bakgrund: En förutsättning för transgastrisk NOTES är att man kan sluta ventrikelperforationen på ett säkert sätt. Vi har deltagit i utvecklingen av TAS (Ethicon Endosurgery), en endoskopisk sutureringsmetod där T-taggar fästade i änden på en polypropylenstråd förankras i vävnaden. Två T-tags suturer knyts sedan ihop med hjälp av ett plastlås. Genom att sätta flera dubbelsuturer efter varandra kan en perforations förslutas endoskopiskt på ett säkert sätt. Studien har genomförts på två centra.

Metod: trettiotvå grisar ingick i studien. I generell anestesi gastroskoperades försöksdjuren och en standardiserad NOTES access perforation utfördes (nålpa pillorom/guidewire, TTSbalong 20mm). En peritoneoskop genomfördes där bäckenorganen identifierades. Efter att endoskopet dragits tillbaka till ventrikeln, randomiserades förslutningen till antingen öppen rafi eller endoskopisk förslutning med TAS. Djuren fick dricka och äta fritt så snart de vaknat. Den första veckan fick djuren peroral antibiotika. Djuren observerades under 14 dygn innan de avlivades och obducerades. Viktuppgång noterades, adherenser lokalt och generellt samt peritonitretning skärades från 0-2.

Resultat: Av de 32 grisarna överlevde 29 hela försöksperioden. En gris i TAS-gruppen dog av sepsis inom 1 dygn. Ventrikeln hade rupturerat, men TAS-förslutningen var intakt. Ytterligare en djur i den endoskopiska gruppen fick avlivas efter 4 dygn pga rektalprolaps. En gris i den kirurgiska gruppen fick avlivas efter en vecka p.g.a. sårruptur. Postoperativ mobilisering var lika i båda grupperna. Inte heller var det någon skillnad i viktuppgång mellan grupperna. Alla utom en perforation (kirurgisk rafi) hade läkt utan tecken på läckage. Ett djur från varje grupp uppvisade peritonit (TAS – grad 1, rafi – grad 2). Det var ingen skillnad mellan grupperna då det gällde lokala adherenser, men det var signifikant mer generella adherenser i den kirurgiska gruppen (Endo: 2 grad 1, Rafi: 6 grad 2).

Sammanfattning: Endoskopisk förslutning av ventrikelperforationer med TAS är lika säker som öppen kirurgisk rafi, men uppvisar färre generella adherenser.

Posters Inflammatorisk tarmsjukdom

PO-01

Incidens av inflammatorisk tarmsjukdom i Uppsala regionen

A. Rönnblom¹; S. Lucas²; M. Larsson³; A. Nielsen³; M. Eliasson⁴; B. Hilding⁵; T. Hagberg⁵; L. Åkerberg⁶; P.Ahlkvist⁷; T. Holmström⁸; D. Sjöberg⁹; A. Ekbohm¹⁰

¹Akademiska sjukhuset, Magtarmmottagningen, Uppsala, Sweden; ²Akademiska barnsjukhuset, Medicinmottagningen, Uppsala, Sweden; ³Mälarsjukhuset, Medicinmottagningen, Eskil-

stuna, Sweden; ⁴Köpings lasarett, Medicinmottagningen, Köping, Sweden; ⁵Centrallasarettet, Medicinmottagningen, Västerås, Sweden; ⁶Enköpings lasarett, Medicinmottagningen, Enköping, Sweden; ⁷Hudiksvalls sjukhus, Medicinmottagningen, Hudiksvall, Sweden; ⁸Centrallasarettet, Medicinmottagningen, Mariehamn, Finland; ⁹Falu lasarett, Medicinmottagningen, Falun, Sweden; ¹⁰KI, Epidemiologi, Stockholm, Sweden

Bakgrund: Incidensen av IBD och mikroskopisk colit studeras både för att undersöka om antalet nyinsjuknade fall förändrats i jämförelse med andra rapporter, och för att få fram ett korrekt underlag när det gäller att värdera behovet av olika sorters behandling. Detta sistnämnda bedöms särskilt intressant med tanke på de biologiska behandlingsalternativ som nu används.

Metod: Efter att som pilotprojekt undersökt antalet nyinsjuknade fall av dessa sjukdomar inom Uppsala läns landsting under 2005-2006, utvidgades undersökningsområdet till att frän och med 1 januari 2007 gälla även andra delar av regionen (Falun, Eskilstuna, Västerås, Köping, Hudiksvall, Gävle och Åland). Via mottagningslistor, skopisscheman och PADutlåtanden identifierades nya fall av ulcerös colit, Mb Crohn, collagen colit och lymfocytär colit.

Resultat: 285 nydiagnosticerade fall har hittills identifierats, och de fördelar sig enligt följande: ulcerös colit 143 (E1=24%, E2=27%, E3=40%, ej kartl=9%)

Mb Crohn 76 (L1=22%, L2=43%, L3=33%, ej kartl=2%, samtidig L4=9%)

colit UNS 5

collagen colit 34

lymfocytär colit 27

Incidensberäkning för de fall som tillhör Uppsala län visar på följande antal nya fall per 100 000 innevånare: UC 17,0 Mb Crohn 10,2 collagen colit 5,3 och lymfocytär colit 2,5

Slutsats: Förekomsten av inflammatorisk tarm-sjukdom är fortsatt hög i regionen och den utprovade arbetsmetoden borde kunna bidra till att på ett rättvisande sätt beskriva hur aktuell behandling av IBD ser ut i ett populationsbaserat sammanhang.

PO-02

Behandling av nyinsjuknade fall av inflammatorisk tarmsjukdom i Uppsala-regionen under 2007

A. Rönnblom¹; S. Lucas²; M. Larsson³; A. Nielsen³; M. Eliasson⁴; B. Hilding⁵; T. Hagberg⁵; L. Åkerberg⁶; P. Ahlqvist⁷; T. Holmström⁸; D. Sjöberg⁹; A. Ekbohm¹⁰

¹Akademiska sjukhuset, Magtarmmottagningen, Uppsala, Sweden; ²Akademiska barnsjukhuset, Medicinmottagningen, Uppsala, Sweden;

³Mälarsjukhuset, Medicinmottagningen, Eskilstuna, Sweden; ⁴Köpings lasarett, Medicinmottagningen, Köping, Sweden; ⁵Centrallasarettet, Medicinmottagningen, Västerås, Sweden; ⁶Enköpings lasarett, Medicinmottagningen, Enköping, Sweden; ⁷Hudiksvalls sjukhus, Medicinmottagningen, Hudiksvall, Sweden; ⁸Centrallasarettet, Medicinmottagningen, Mariehamn, Finland; ⁹Falu lasarett, Medicinmottagningen, Falun, Sweden;

¹⁰KI, Epidemiologi, Stockholm, Sweden

Bakgrund: Behandlingen av IBD har förändrats de senaste åren, dels genom att traditionella immunhämmande läkemedel såsom azathioprin kommit att brukas mer än tidigare, dels genom introduktionen av biologiska läkemedel. Internationella rapporter från bl a EC-IBD har visat att behovet av kirurgi är lägre än vad som brukat

rapporteras i gängse litteratur. Det är angeläget att studera hur behandlingen idag sker även i vårt land och om behandlingen skiljer sig mellan olika delar av Sverige.

Metod: Nyinsjuknade fall av ulcerös colit och Mb Crohn i Uppsala-regionen under 2007 identifierades och behandlingen registrerades genom ett samarbete mellan gastroenterologer på deltagande sjukhus (Uppsala, Enköping, Eskilstuna, Västerås, Köping, Falun, Gävle, Hudiksvall och Åland)

Resultat: Av 143 fall med UC behandlades 50% med systemiska steroider, 8% med azathioprin/6MP, 5% med antiTNFalfaantikroppar och 3% blev colectomerade.

Motsvarande siffror för 76 fall av Mb Crohn var 64% systemiska steroider, 36% azathioprin/6MP, 4% antiTNFalfaantikroppar och 12% kirurgi.

Slutsats: Bruket av systemiska steroider är högre än vad som brukar rapporteras och redan efter en kort observationstid har var tredje Crohnpatient immunosuppressiv behandling. Överraskande var att bruket av biologiska läkemedel var högre hos patienter med UC i jämförelse med Crohn. En möjlig förklaring är viljan att prova detta innan operation blir aktuell. 7 patienter med UC behandlades med biologiska läkemedel och av dessa blev 1 colectomerad, 3 colectomerade hade inte behandlats med biologiska läkemedel.

PO-03

Fibertillskott för att förebygga skov i ulcerös colit – design av pågående studie

T. Hagström¹; O. Wikman¹; C. Grännö²; A. Persson²; M. Wåhlin²; G. Almquist³; W. Broda³; K. Pihl Lesnovska⁴; H. Hjortswang⁴; R. Svernlöv⁴; A. Pousette⁵; C. Hallert⁵; B. Håkansson¹; H. Svensson⁵; M. Nyman⁶

¹Södersjukhuset, Gastromottagningen, Stockholm, Sweden; ²Länssjukhuset Ryhov, Medicinkliniken, Jönköping, Sweden; ³Höglandssjukhuset, Magtarm-mottagningen, Eksjö, Sweden; ⁴Universitetssjukhuset, EM-kliniken, Linköping, Sweden; ⁵Vrinnevisjukhuset, Medicinkliniken, Norrköping, Sweden; ⁶Lunds Universitet, Kemicentrum, Lund, Sweden

Bakgrund: Det saknas idag underlag för kostrekommendationer till patienter med ulcerös colit/proktit i remission. Den kortkedjade fettsyran butyrat är en nedbrytningsprodukt av kostfibrer som har tillskrivits terapeutiska egenskaper vid ulcerös colit/proktit. Våra studier har visat att patienter med ulcerös colit/proktit i remission som tagit havrekli dagligen uppvisat signifikant ökning av butyratkoncentrationen i faeces, vilket är förenat med mindre tarmbesvär än hos patienter i kontrollgruppen.

Frågeställning: Kan fibertillskott minska risken för kolitskov?

Primär endpoint: Kolitskov inom sex månader
Metod och material: Vuxna med ulcerös colit/proktit i endoskopisk remission som haft skov under senaste året randomiseras till ett dagligt fibertillskott under sex månader i form av specialproducerat bröd/gröt/flingor eller motsvarande placebo. Inkluderade patienter följs månätligen med mottagningsbesök som omfattar enkel provtagning samt faecesanalys av butyrat och frågeformulär: Seo Colitis Activity Index Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GIRS) Short Health Scale (SHS)

Exklusionskriterier: Behandling med antibiotika eller bulkmedel inom 4 veckor före inklusion. Pågående behandling med steroider eller immunhämmande medel.

Resultat: Studien bedrivs på ett flertal kliniker i Sverige som totalt rekruterat och inkluderat över 100 patienter. Studien kommer att avslutas i slutet av 2008 då resultat kan redovisas.

Konklusion: Studien som stöds av Vetenskapsrådet kan ge nya perspektiv på egenvården vid ulcerös colit.

PO-04

Faktorer som påverkar bedömning av sjukdomsaktivitet vid Crohns sjukdom

H. Stjernman¹; C. Tysk²; S. Almer³; M. Ström³; H. Hjortswang³

¹Länssjukhuset Ryhov, Medicinkliniken, Jönköping, Sweden; ²Universitetssjukhuset, Medicinkliniken, Örebro, Sweden; ³Universitetssjukhuset, EM-kliniken, Linköping, Sweden

Bakgrund: CDAI (Crohn's Disease Activity Index) anses vara ett standardmått på sjukdomsaktivitet vid Crohns sjukdom (CS) i kliniska prövningar. Indexet togs fram för mer än 30 år sedan och grundades på kliniska variabler som i regressionsanalys predikterade utfallet av läkarens bedömning av patientens sjukdomsaktivitet. Kritik riktades initialt mot låg korrelation mellan CDAI och objektiva mått på inflammatorisk aktivitet, men studier som utvärderat indexets validitet på ett modernt patientmaterial saknas. Denna studie undersöker hur CDAI och dess variabler förhåller sig till dagens läkares bedömning (LB) av sjukdomsaktivitet vid CS, samt hur demografiska och sjukdomsrelaterade faktorer påverkar utfallet av CDAI och läkarens bedömning av sjukdomsaktiviteten.

Metod: 405 patienter med CS inkluderades i samband med planerade återbesök på magtarmmottagningen. CDAI beräknades enligt standardalgoritmen. Behandlande läkare graderade patientens sjukdomsaktivitet efter kliniskt omdöme på en 4-stegsskala (remission, mild, måttlig eller svår sjukdomsaktivitet). Tretton demografiska och sjukdomsrelaterade faktorer inkluderades i en multipel regressionsanalys med CDAI eller läkarens bedömning som beroende variabel.

Resultat: Korrelationen mellan CDAI och LB var 0,44. De tre subjektiva CDAI-variablerna (lös avföring, buksmärta, allmänt välbefinnande) utgjorde 72% av totala CDAI hos patienter med aktiv sjukdom enligt CDAI. Tidigare tarmresektion, CRP, rökning, intestinal stenosis, annan sjukdom och kvinnligt kön var positiva prediktorer för CDAI. CRP, intestinal stenosis och fistel var positiva prediktorer för LB.

Slutsats: Korrelationen mellan CDAI och läkarens bedömning av sjukdomsaktiviteten var högst måttlig. Tidigare tarmresektion, förekomst av andra sjukdomar och kvinnligt kön bidrog till högre CDAI, utan att påverka läkarens bedömning av sjukdomsaktivitet. Faktorernas inverkan förklarades av de subjektiva CDAI-variablernas dominans hos patienter med högt CDAI. CDAI mäter både patientens hälsoupplevelse och biologiska markörer för inflammatorisk aktivitet utan att ge information om vilken hälsodimension som är påverkad. Vid värdering av behandlingseffekt i kliniska studier av CS bör man med en modern syn på behandlingsmålen använda instrument som skiljer på subjektiva och objektiva variabler.

PO-05

Inflammatorisk tarmsjukdom i Jönköpings län – erfarenheter av kvalitetsregister

C. Grännö¹; M. Svensson²; J. Tholstrup³

¹Länssjukhuset Ryhov, Medicinkliniken, Jönkö-

ping, Sweden; ²Värnamo sjukhus, Medicinkliniken, Värnamo, Sweden; ³Höglandssjukhuset, Medicinkliniken, Eksjö, Sweden

Bakgrund: I Jönköping län, med 333 400 invånare, finns tre sjukhus med gastroenterologiskt profilerade mottagningar, där majoriteten av patienter med inflammatorisk tarmsjukdom kontrolleras. Sedan 2004 används ett gemensamt kvalitetsregister för uppföljning av såväl objektiva parametrar som patientens subjektiva upplevelse av hälsotillståndet.

Metod: Basala epidemiologiska data registreras. Vid en årskontroll registreras aktuellt Hb, vikt samt data från ett självadministrerat livskvalitetsformulär, Short Health Scale (SHS). SHS består av fyra frågor avseende symptombörda, funktion, oro och allmänt välbefinnande. Svaren anges på en sexgradig Likertskala. Följande kvalitetsmål har definierats: > 95% av patienterna skall ha 1) Hb > 120 g/l, 2) måttliga eller mindre symptom (SHS<4), 3) måttlig eller mindre ned-sättning av funktion (SHS<4), 4) oro i måttlig grad eller mindre (SHS<4), 5) ganska bra eller bättre allmänt välbefinnande (SHS<4).

Resultat: 071231 var 1522 patienter registrerade, varav 836 med ulcerös colit (UC) (251/100 000 inv.), 590 med Crohns sjukdom (CD) (177/100 000 inv.) och 96 med obestämbar colit (29/100 000 inv.).

Sjukdomsutbredning: CD: tunntarm 30%, tjocktarm 36%, tunntarm+tjocktarm 31%
UC: extensiv/total 31%, vänstersidig 44%, proktit 21%

Kvalitetsmål:	Crohns sjukdom (spridning mellan sjukhusen)	Ulcerös colit (spridning mellan sjukhusen)
Andel årskontroller	76-93%	85-89%
Hb > 120 g/l	91-96%	93-97%
Symtom (SHS<4)	92-94%	94-95%
Funktion (SHS<4)	84-88%	90-95%
Oro (SHS<4)	80-93%	90-93%
Välbefinnande (SHS<4)	90-94%	90-95%

Slutsats: Ett register ger möjlighet till framtagande av basala epidemiologiska data. Över tiden kan basala medicinska mått samt patienternas upplevelse av sin sjukdom följas. Etablerade kvalitetsmått för inflammatorisk tarmsjukdom saknas. De valda variablerna kan möjligen avspejla kvaliteten på omhändertagandet och ge underlag för kontroll och utveckling av verksamheten, liksom jämförelse mellan de olika enheterna. Inhämtade data indikerar en lägre grad av anemi än vad som tidigare rapporterats, samt en större sjukdomsbörda för patienter med Crohns sjukdom än de med ulcerös colit. Skillnaderna mellan sjukhusen är relativt små. Om detta beror på att kvaliteten är likvärdig eller att valda variabler inte är adekvata mått för att upptäcka en skillnad är oklart.

PO-06

Registerbaserad uppföljning av behandling med immunosuppressiva läkemedel vid IBD

C. Grännö¹; A. Persson¹; M. Wåhlin

Länssjukhuset Ryhov, Medicinkliniken, Jönköping, Sweden

Bakgrund: Mag-tarmmottagningen, Länssjukhuset Ryhov har sedan snart 10 år tillämpat ett strukturerat sjuksköterskebaserat omhändertagande av patienter med immunosuppressiv behandling. Sedan 1999 används ett lokalt framtaget register som stöd för en standardiserad uppföljning.

Metod: Epidemiologiska data registreras vid behandlingsstart. Därefter följs dos, basala laboratorieprover och eventuella biverkningar. Vid avslutande av behandling anges orsaken.

Resultat: 071231 fanns i registret data avseende 544 påbörjade behandlingar på 357 patienter, varav 211 fortfarande kontrollerades via registret. 87% av patienterna hade inflammatorisk tarmsjukdom (IBD): Crohns sjukdom 50%, ulcerös colit 32%, obestämbar colit 5%. Läkemedel vid IBD (antal påbörjade behandlingar): Azatioprin 341 (73%), Puri-nethol 95 (20%), Methotrexate 18 (4%), CellCept 11 (2%) Andel avslutade behandlingar: Azatioprin: biverkan 31%, remission 6%, utebliven effekt 6%, complianceproblem 5%, Puri-nethol: biverkan 33%, Methotrexate: biverkan 44%, CellCept: biverkan 27%

Biverkan	Azatioprin	Puri-nethol
Illamående	8,4%	5,9%
Leverpåverkan	5,6%	3,9%
Myalgi/artralgi	3,0%	2,9%
Pankreatit	3,0%	4,9%

Slutsats: Ett strukturerat registerbaserat omhändertagande kan ge en samlad bild av utfallet av läkemedelsbehandling. I detta material, med mer än 300 IBD-patienter, avslutade 31% påbörjad Azatioprin-behandling p.g.a. misstänkt biverkan. Av dessa prövade 70% Puri-nethol, vilket tolererades av 68%. Därmed kunde totalt 82% av patienterna erhålla en tolererad behandling med Azatioprin/Puri-nethol. Svårigheter att skilja biverkningar från manifestationer av grundsjukdomen kan ha orsakat en överrapportering av biverkningar.

PO-07

Stegrat fekal kalprotektin hos barn med juvenila polyper

D. Agardh¹; E. Toth²

¹Universitetssjukhuset MAS, Barn- och Ungdomscentrum, Malmö, Sweden; ²Universitetssjukhuset MAS, Medicinkliniken, Malmö, Sweden

Bakgrund: Kalprotektin är ett kalciumbindande protein i neutrofila granulocyter. Fekalt (F-) kalprotektin används som en markör för inflammatoriska tillstånd i mag- och tarmkanalen. Hos barn talar ett förhöjt F-kalprotektin starkt för inflammatorisk tarmsjukdom (IBD). Det är inte tidigare beskrivet att förhöjt F-kalprotektin är associerat med inflammatoriska juvenila polyper.

Metod: Tre barn i åldrarna 3, 4 och 9 år remitterades till Barnkliniken gastroenterologiska mottagning, Universitetssjukhuset i Malmö, på grund av buksmärter och frekventa blodiga avföringar talande för bakomliggande IBD. F-kalprotektin analyserades med ELISA och värden >50 mg/kg bedömdes som positivt.

Resultat: Samtliga tre barn hade stegrat F-kalprotektin på 880 mg/kg, 1945 mg/kg respektive 773 mg/kg. På misstanke om IBD genomgick barnen koloskopi där endast solitära stjälkade polyper i storlekarna 1 x 1 x 1.5 cm, 2 x 2 x 3 cm, respektive 2 x 3 x 3 cm kunde påvisas. Den histologiska bedömningen visade juvenila polyper i alla tre fall. Efter polypektomierna blev barnen helt besvärsfria och värdena på F-kalprotektin sjönk till 52 mg/kg, 298 mg/kg respektive 98 mg/kg.

Slutsats: F-kalprotektin anses vara en non-invasiv markör för bedömning av inflammatoriska tillstånd i mag- och tarmkanalen. Stegrade värden hos barn indikerar oftast IBD, men kan även

vara inflammatoriska juvenila polyper. Utredning med coloskopi är därför fortfarande nödvändigt vid utredning av barn med förhöjda värden av F-kalprotektin.

PO-08

Bakteriefloran hos tvillingar med Crohns sjukdom

J. Halfvarson¹; J. Dicksved²; M. Rosenquist²; B. Willing²; G. Järnerot¹; L. Engstrand³; J.K. Jansson²; C. Tysk¹

¹Universitetssjukhuset Örebro, Sekt. för Gastroenterologi, Örebro, Sweden; ²Svenska Lantbruks Universitetet, Avdelningen för Mikrobiologi, Uppsala, Sweden; ³Smittskyddsinstitutet, Avdelningen för Bakteriologi, Stockholm, Sweden

Bakgrund: Interaktionen mellan bakterieflora och värdfaktorer (epitel och immunsystem) är central för uppkomsten av Crohns sjukdom. Syftet var att studera floran vid CD genom att analysera tvillingar.

Metod: 10 enäggstvillingpar med CD (diskordanta n=6, konkordanta n=4) som ej hade genomgått extensiv kirurgi samt 8 friska tvillingpar (enäggstvillingpar; n=5, tvåäggstvillingpar; n=3) inkluderades. Tvillingarna med CD var i remission (n=12) eller hade mild sjukdom (n=2) (Harvey Bradshaw skala). 4 tvillingar hade små ytliga sår i ileum/ileocekal anastomos. DNA extraherades från feces prover, 16S rRNA gener PCR amplifierades och T-RFLP profiler genererades dels genom användandet av generella bakterie primers och dels genom Bacteroides spp. specifika primers. Kloning och sekvensering av 16S rRNA gener utfördes för att konfirmera vilka bakterie stammar som motsvarade de dominanta "terminal restriction fragments" i Bacteroides analysen hos 4 enäggstvillingpar (1 friskt, 1 konkordant och 2 diskordanta par). Diversiteten i "terminal restriction fragments" beräknades genom Simpsons index, skillnader mellan tvillinggrupper genom Mann Whitneys U test and likhet inom tvillingpar genom intra-klass korrelations koefficient (ICC). "Principal component analysis" (PCA) grafer, baserade på T-RFLP profiler, genererades och skillnader testades.

Resultat: Bakterieflorans diversitet var större hos friska tvillingar; medel (spridning) 0.90 (0.82-0.93) än hos CD tvillingar; medel (spridning) 0.86 (0.71-0.94) (p = 0.029). Friska par var lika inom paren (ICC=0.51), men ej diskordanta (ICC=0.16) eller konkordanta par (ICC=0.05). Även PCA graferna visade på likhet inom friska par men ej inom diskordanta eller konkordanta par. Friska tvillingar i diskordanta par grupperade sig tillsammans med tvillingar med Crohn koliter i PCA graferna. Tvillingar med ileum engagemang separerade sig däremot från kolon CD tvillingar (p=0.001).

Slutsats: Konkordansen i bakteriefloran hos friska tvillingpar talar för att arvet och/eller faktorer i miljön under barndomen bestämmer floran. Den lägre diversiteten vid CD och frånvaron av likhet inom diskordanta CD tvillingpar, visar att sjukdomen i sig är associerad med förändringar i floran. Utifrån PCA analyserna ter det sig som om bakteriefloran är avvikande enbart vid ileum engagemang och att floran kan ha en särskild betydelse vid ileum CD

PO-09

Mikroskopisk kolit hos äkta makar

J. Bohr¹; N. Nyhlin¹; S. Eriksson²; C. Tysk¹

¹Universitetssjukhuset Örebro, Med Klin, Örebro, Sweden; ²Universitetssjukhuset Örebro, Pat Avd, Örebro, Sweden

Bakgrund Kollagen kolit (CC) och lymfocytär kolit (LC) är de vanligaste formerna av mikroskopisk kolit (MC). Orsaken till sjukdomarna är okänd. Nuvarande hypotes är att något agens i fekalströmmen: mikroorganismer, toxin, läkemedel eller annat, utlöser tarminflammationen hos predisponerade individer. Hos de flesta patienter kan dock inte någon utlösande faktor påvisas. Enstaka rapporter finns om familjär förekomst av MC, men genetiska data saknas i väsentlighet. MC hos äkta makar har tidigare inte rapporterats och vi presenterar ett äkta par med MC.

Fall Patient 1 Hustrun, född 1938, gift och sammanboende med maken sedan 1957, fick diagnosen CC 1998 vid 60 års ålder. Vid tidpunkten för diagnos hade hon uttalade symptom med upp till 10 vattniga diarréer om dagen, knipsmärter och urgency efter måltid. Koloskopi var normal bortsett från att slemhinnan var lättblödande vid höger flexur. Histopatologin var typisk för CC med ett kollagen band på 20 µm (bild 1A). Biopsier från duodenum visade inga tecken på celiaki. Sjukdomsförloppet har efter diagnos varit kroniskt intermitterant. Patienten har behandlats periodvis med metronidazol och SPC-flakes med bra effekt.

Patient 2 Maken, född 1927, insjuknade 2004 med diarré och viktneidgång, dvs sex år efter att hustrun fick diagnosen CC. Fecesodling var negativ. Koloskopi var makroskopisk normal, men histopatologiskt såg man en karakteristisk bild av LC (bild 1B). Sjukdomsförloppet har därefter varit mildt och symptomen har kunnat kontrolleras med enbart loperamid.

Slutsats Tidigare har vi och andra rapporterat förekomst av MC bland förstagsläkningar. Ett sådant samband kan bero på antingen genetiska faktorer eller exponering för gemensamma miljöfaktorer. Detta är den första rapporten om MC hos äkta makar. Det kan vara ett sammanträffande, då de två sjukdomarna inte är helt ovanliga. Alternativt kan sambandet antyda att makarna exponerats för ett gemensamt agens, som orsakar LC i det ena fallet och CC i det andra.

PO-10

Ökat transmukosalt upptag av E. Coli k12 vid kollagen kolit kvarstår efter Budesonid-behandling

A. Munch ¹; J.D. Söderholm ²; Å. Öst ³; M. Ström ¹
¹Universitetssjukhuset, Medicinsk Gastroenterologi, Linköping, Sweden; ²Universitetssjukhuset, Kirurgiska kliniken, Linköping, Sweden; ³Medilab, Patologi, Stockholm, Sweden

Bakgrund: Kollagen kolit framstår allt mer som en relativt vanlig diarréersjukdom av inflammatorisk genes. Generellt sett är intestinal inflammation associerat med en ökad epitelpermeabilitet, med tarmens barriärfunktion är mycket lite studerad vid mikroskopiska koliter. Vårt syfte var att studera mukosabarriären mot icke-patiogens bakterier hospatienter med kollagen kolit.

Metod: Vi studerade 27 individer, 19 med kollagen kolit (8 i klinisk remission och 11 med aktiv sjukdom, varav 8 studerades igen efter 6 veckors budesonid-behandling) and 8 kontrollpatienter. Endoskopiska biopsier från colon sigmoideum studerades i Ussing-kammareavseende kortslutningsström (Isc), transepitelial resistance (TER), and transmukosalt upptag av icke-patogena E. coli K12.

Resultat: Bakteriepässagen var högre hos patienter i remission 2.3% [1.6-6.0] (median [IQR]) respektive med aktiv sjukdom 4.6% [2.5-

5.8] jämfört med kontroller 0.7% [0.1-1.1]; (p=0.002 respektive p=0.001). Vid aktiv sjukdom fann vi också en mer uttalad förändring av TER efter 120 minuter: -9.7 Ωcm² [(-13)-(-4.3)], jämfört med kontroller -5.2 Ωcm² [(-7.2)-(-3.1)] (p=0.03) och patienter i remission -4.8 Ωcm² [(-8.0)-(-1.2)] (p=0.04). Budesonid-behandling minskade avföringsfrekvensen från 3.8 [3.7-4.2] till 1.9 [1.3-2.2] (p=0.01), men bakterieupptaget var fortfarande ökat efter budesonid (2.9% [1.5-3.8]; p=0.006 jmf kontroller) och histologin förblev oförändrad.

Slutsats: Kollagen kolit uppvisade ökat bakterieupptag och ökad mucosal reaktivitet mot icke-patogena bakterier. Budesonid gav god symptomlindring och normaliserade reaktiviteten, medan ökat upptag av E. coli kvarstod. En störning av tarmbarriären kan vara en bakomliggande förklaring till de frekventa och snabba recidiven vid kollagen kolit.

PO-11

Kombinerade polymorfier i CARD8 och CIAS1 fördubblar risken för Crohns sjukdom i en svensk kohort

J. Halfvarson ¹; I. Schoultz ²; D. Verma ³; L. Törkvist ⁴; P. Söderkvist ³; J.D. Söderholm ²

¹Universitetssjukhuset, Medicinsk Gastroenterologi, Örebro, Sweden; ²Universitetssjukhuset, Kirurgiska kliniken, Linköping, Sweden; ³Universitetssjukhuset, Cellbiologi, Linköping, Sweden; ⁴Karolinska Universitetssjukhuset, Gastrocentrum, Huddinge, Sweden

Bakgrund: Polymorfier i NOD2-genen ger en kraftig ökning för insjuknande i Crohns sjukdom (CD), men kan bara förklara en minoritet av fallen. Den s.k. NALP3-inflammationen är ett proteinkomplex som aktiveras av bakteriella komponenter till att stimulera caspase-1-aktivering. Detta i sin tur leder till sekretion av pro-inflammatoriska cytokiner t.ex. interleukin-1β och interleukin-18. Man visade nyligen att både NOD2 protein och NALP3-inflammation proteinet CIAS1 är nödvändiga för sekretion av IL-1β. Homozygota mutationer i CIAS1 orsakar ovanliga hereditära autoinflammatoriska syndrom. CARD8 är ett protein som hämmar NF-κB signalering, och polymorfier i CARD8 har visat sig ha betydelse vid reumatoid artrit och CD. Vi har tidigare visat att polymorfier i CIAS1 (19q) och CARD8 (1q44) finns i den svenska normalbefolkningen i en frekvens av 14% respektive 34%. Vårt syfte var att studera förekomsten av dessa två polymorfier i en svensk kohort av Crohnpatienter.

Metod: Blodprover insamlades från 125 konsekutiva patienter med CD (64 män, 61 kvinnor) Provorna frystes och förvarades i -70 före analys. DNA isolerades och amplifierades med specifika primers och Q705K polymorfi av CIAS1 respektive C10X polymorfi av CARD8 detekterades med hjälp av Megabace SNUPe genotypningsskit. Dessutom detekterades de tre vanligaste polymorfierna av NOD2 dvs. insC, 702, respektive 908. Frekvenserna jämfördes med en DNA bank från friska blodgivare (n=806).

Resultat: Minst en variant i NOD2-genen fanns hos 16% av CD-patienterna, OR=2.32 (95% CI: 1.39-3.88). Tio procent av patienterna bar heterozygota polymorfier i både CIAS1 och CARD8 generna, OR=2.34 (95% CI: 1.13-4.84). Ingen av de sistnämnda patienterna hade förändringar i NOD2-genen.

Konklusion: Kombinerade polymorfier i CARD8 och CIAS1 fördubblade risken för CD i vår kohort. Detta kan därför vara en viktig riskfaktor vid

normal NOD2. Fynden behöver dock konfirmation i större patientmaterial.

PO-12

Utvärdering av tunntarmssäkerheten för Lumiracoxib 100 mgx1 jämfört med Naproxen 500 mgx2 plus Omeprazol eller placebo

C. Hawkey ¹; C. Eill ²; B. Simon ³; J. Albert ⁴; M. Keuchel ⁵; M. McAlindon ⁶; P. Fortun ⁷; E. Toth ⁸

¹University Hospital Nottingham, Wolfson Digestive Diseases, Nottingham, United Kingdom; ²HSK Wiesbaden, Department of Internal Medicine II, Wiesbaden, Germany; ³Kreiskrankenhaus Schwetzingen, Department of Internal Medicine, Schwetzingen, Germany; ⁴Martin-Luther-University of Halle-Wittenberg, First Department of Medicine, Halle, Germany; ⁵Asklepios Klinik Altona, First Medical Department, Hamburg, Germany; ⁶Royal Hallamshire Hospital, 6P floor, Sheffield, United Kingdom; ⁷University Hospital Nottingham, Wolfson Digestive Diseases, Nottingham, United Kingdom; ⁸Universitetssjukhuset MAS, Medicinkliniken, Malmö, Sweden

Bakgrund: Lumiracoxib är en selektiv cyclooxygenase-2 inhibitor som har visat sig kunna reducera antalet endoskopisk påvisbara ulcerationer och ulkuskomplikationer i övre mag-tarmkanalen, jämfört med icke-selektiva NSAID preparat. Vi har undersökt huruvida lumiracoxib kan reducera tunntarmsskador jämfört med naproxen och omeprazol.

Metod: Friska frivilliga personer randomiserades och behandlades i en 16-dagars, dubbel-blind, parallel-grupp studie med lumiracoxib 100 mg dagligen, naproxen 500 mg två gånger dagligen plus omeprazol 20 mg en gång dagligen eller placebo. Slemhinnelesioner eller inflammation i tunntarmen utvärderades med videokapselendoskopi (VCE), laktulos/rhamnose permeabilitets test och kalprotektin i feces.

Resultat: 139 av 152 patienter med valid VCE ingick i studien. (lumiracoxib, n = 47; naproxen plus omeprazol, n = 45; placebo, n = 47). Ett högre antal av deltagarna som fick naproxen plus omeprazol hade lesioner i tunntarmsslemhinnan (77.8% vs 40.4%, P<0.001), ökad permeabilitet (P=0.023) och förhöjt feces kalprotektin (ökning med 96.8 mg/kg vs 14.5 mg/kg, P<0.001), jämfört med placebo. Hos 27.7% av försökspersonerna som fick lumiracoxib påvisades slemhinnelesioner i tunntarmen (P=0.196 vs placebo; P<0.001 vs naproxen), dock ingen permeabilitetsökning (P=0.157 vs placebo; P=0.364 vs naproxen) eller ökning av kalprotektin i feces noterades (-5.7 mg/kg; P=0.377 vs placebo; P<0.001 vs naproxen).

Slutsats: Akuta slemhinneskador i tunntarmen är mindre vanliga med lumiracoxibbehandling än med naproxen- plus omeprazolbehandling och lika vanliga som med placebo, enligt tre olika utvärderingsmetoder.

Gallvägs- och pancreassjukdomar

PO-13

Laparoskopisk kolecystektomi ger inte upphov till signifikanta förändringar i gallsaltsmetabolismen eller gallsaltsinducerade avföringsrubbingar

B. Orrenius ¹; A. Bajor ²; Å. Nilsson ³; M.L. Gustavsson ³; M. Rudling ⁴; K.A. Ung ³

¹Kärnsjukhuset, Kirurgkliniken, Skövde, Sweden; ²Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska, Gastrosektionen, Medicinkliniken, Göteborg, Sweden

Sweden; ³Kärnsjukhuset, Gastrosektionen, Medicinkliniken, Skövde, Sweden; ⁴Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge, Avd för metabolism och diabetologi, NOVUM, Stockholm, Sweden

Bakgrund: Post-kolecystektomi diarré har rapporterats bero på gallsaltmalabsorption vilket diagnostiseras med ⁷⁵SeHCAT testet. Detta test korrelerar omvänt till fekala förluster och leverns syntes av gallsalter. Plasmakoncentrationerna av gallsaltsintermediären 7 α -hydroxy-4-cholesten-3-one (C4) avspeglar leverns gallsaltssyntes. Koncentrationen av fibrinogen growth factor 19 (FGF19) regleras av mängden gallsalter i tarmen och regleras i sin tur leverns gallsaltssyntes.

Syfte: Att studera effekten av laparoskopisk kolecystektomi på gallsaltsmetabolismen och mag-tarmsymtom

Metoder: Patienter som genomgick elektiv kolecystektomi genomförde ⁷⁵SeHCAT testet före och tre månader efter operationen. Patienterna registrerade samtidigt även avföringsfrekvens, konsistens, förekomst av buksmärtor, buksvullnad och flatulens (4-gradig skala 0-3) under en vecka. Även C4 och FGF19 analyserades före och tre månader efter operationen.

Resultat: Vare sig ⁷⁵SeHCAT värdena (medel:25%, 0, SD:13.0 vs. 25.2%, SD:23.5, n=20), C4 (3.4mg/mole, SD:4.2 vs. 4.7mg/mole, n=69) eller FGF19 (156.7pg/ml, SD:116.7 vs. 148.4, SD:98.9, n=69) uppvisade någon signifikant förändring tre månader efter operationen. Avföringsfrekvens (1.6/dygn, SD:0.7 vs 1.6, SD:0.8, 20), liksom avföringskonsistens, buksvullnad och flatulens förändrades inte signifikant. Förekomst av buksmärtor var signifikant bättre efter tre månader (0.5, SD:0.5 vs 0.4, SD:0.5, n=20, p<0.03)

Slutsatser: Laparoskopisk kolecystektomi ger inte upphov till förändringar av gallsaltsmetabolismen eller gallsaltsinducerade avföringsrubningar. Avföringsvanor och övriga buksymtom förutom buksmärta påverkas inte heller av operationen.

PO-14

Signifikant högre plasma kolesterol och body mass index ett år efter kolecystektomi

B. Orrenius ¹; A. Bajor ²; Å. Nilsson ³; M.L. Gustavsson ³; K.A. Ung ³

¹Kärnsjukhuset, Kirurgkliniken, Skövde, Sweden;

²Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska, Gastrosektionen, Medicinkliniken, Göteborg, Sweden; ³Kärnsjukhuset, Gastrosektionen, Medicinkliniken, Skövde, Sweden

Bakgrund: Kolesterol är substrat för gallsaltssyntesen och denna syntes är kroppens viktigaste eliminationsväg för kolesterol. Gallsaltmalabsorption och stegring av gallsaltssyntesen har rapporterats efter kolecystektomi. Ökade förluster av gallsalter med avföringen sänker kolesterolnivån, vilket använts terapeutiskt vid kolestyramin-behandling. Ökad gallsaltssyntes är korrelerat till förhöjd syntes av triglycerider vilket förmedlas av farnesoid X receptorn i levercellerna.

Syfte: Att studera om kolecystektomi påverkar plasma lipidprofilen och body mass index (BMI)

Metoder: Totalt plasma kolesterol, high-density lipoprotein (HDL), low-density lipoprotein (LDL) triglycerider analyserades före och 3 och 12 månader efter elektiv kolecystektomi. Alla prover togs och analyserades under standardiserade förhållanden. BMI beräknades.

Resultat: Åttiofem patienter (57 kvinnor, 28 män med medelålder 51.9 (SD:15.2) år undersöktes. Tre månader efter operationen förelåg inga signifikanta skillnader. Efter ett år hade BMI

stigit signifikant (27.5, SD:4.1 vs. 28.1, SD:4.2, p=0.0002). Totalkolesterol (5.5, SD:1.1 vs. 5.7, SD:1.3, p=0.0059) och LDL (3.3, SD:0.9 vs. 3.5, SD:1.1, p=0.0046) var signifikant högre ett år efter operationen. Triglycerider och HDL ändrades inte signifikant efter operationen.

Slutsatser: Den förväntade sänkningen av kolesterol p.g.a. ökad gallsaltssyntes efter kolecystektomi kunde inte påvisas. Tvärtom, steg totalkolesterol och LDL signifikant efter ett år vilket ökningen i BMI kan ha bidragit till. Den förväntade ökningen av triglycerider uteblev också trots att ökningen i BMI skulle kunna ha bidragit ytterligare till detta. Dessa fynd talar emot en påverkan på gallsaltsmetabolismen efter kolecystektomi.

PO-15

Endoskopiskt ultraljud med finnålspunktion och mucinanlys är betydelsefullt vid beslut om kirurgi vid cystiska pankreasförändringar

K. Sjöberg ¹; G.C. Hansson ²; A. Hylander ³; M. Johansson ²; E. Kalaitzakis ¹; R. Sadik ¹

¹Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Sektionen för gastroenterologi och hepatologi, Göteborg, Sweden; ²Göteborgs Universitet, Inst. f. Biomedicin, avd. Med Kemi och Cellbiologi, Göteborg, Sweden; ³Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Sektionen för övre gastrokirurgi, Göteborg, Sweden

Bakgrund: Radiologins utveckling har medfört ökad diagnostik av cystiska pankreasförändringar (CPF). Ca 10% av CPF tros utgöras av tumörer, de flesta potentiellt maligna. Till skillnad från duktalt adenocarcinom har maligna cystiska pankreastumörer sällan metastaserat vid upptäckten, vilket gör differentialdiagnostik av CPF angelägen. Detektion av mucin i cystvätskan är en stark indikator för malignitet. Tidigare studier av uttrycket av mucin i intraduktala papillära mucinösa tumörer (IPMN) har lyft fram förekomst av mucin typ 1 (MUC1) som en ogynnsam prognostisk faktor. Vårt syfte är att kartlägga förekomsten av specifika muciner i CPF för att studera deras potentiella användbarhet som diagnostiska/prognostiska markörer.

Metod: Patienter som remitterats för endoskopiskt ultraljud med finnålsaspiration av CPF vid Sahlgrenska sjukhuset inkluderades prospektivt. Cytologisk granskning med PAS-diastase färgning för mucin har utförts, liksom kvantifiering av CEA-nivån i aspiraten. Inför mucinanlys har cystvätskan separerats genom gelelektrofores. Band med hög molekylär massa har skurits ut, trypsinerats och analyserats med masspektrometri. Enskilda peptider har sedan identifierats och analyserats mot en mucindatabas som tillhandahålls av Avdelningen för Medicinsk Kemi, Göteborgs Universitet.

Resultat: 15 patienter har inkluderats. I ett aspirat har den cytologiska undersökningen påvisat såväl maligna celler som mucin. Med anledning av cytologisvaret planeras operation. I övriga prover har inga maligna celler påvisats, men utbytet har i några fall varit cellfattigt. CEA var inte förhöjt (<400ng/ml) i något prov, men kunde inte mätas i ett aspirat p.g.a. hög viskositet. Detta prov färgade positivt för mucin i den cytologiska undersökningen. Det visade sig innehålla stora mängder MUC 2. Antalet identifierade peptider ger oss en semikvantitativ uppskattning av mucinhalten. Övriga prover har varit negativa för mucin enligt cytologi. I ett av dessa fann vi dock med vår metod MUC5AC. Avancerad mucinanlys har inte utförts på alla prover ännu.

Slutsats: Endoskopiskt ultraljud möjliggör riktad punktion av CPF för cytologisk undersökning,

inklusive specialfärgning för mucin. Förekomst av mucin kan vara avgörande för beslut om kirurgi. Resultaten tyder på att mucinanlys med vår metod erbjuder ökad sensitivitet för detektion av mucin i CPF. Tidigare studier indikerar att avancerad mucinanlys vid CPF även kan användas som ett prognostiskt instrument.

Akut leversvikt

PO-16

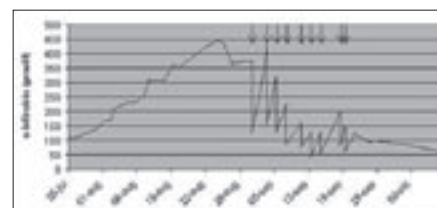
Plasmaferes vid svår läkemedelsutlöst kolestas
N. Nyhlin ¹; C.G. Axelsson ²; J. Bergman ¹; J. Bohr ¹; A. Gustavsson ¹; J. Halfvarson ¹; E. Salén ¹; H. Sandberg-Gertzén ¹; C. Tysk ¹

¹Universitetssjukhuset, Medicinkliniken, Sektionen för Gastroenterologi, Örebro, Sweden; ²Universitetssjukhuset, Blodcentralen, Örebro, Sweden

Bakgrund Det är välkänt att flukloxacillin kan ge leverbiverkning med svår kolestas, vilken kan bli både långvarig och vara letal. Frekvensen uppskattades i Sverige i början av 1990-talet till 1 fall/11.000-30.000 förskrivningar. Kvinnligt kön och ålder > 50 år har ansetts vara riskfaktorer. Plasmaferes har tidigare använts som symptomatisk behandling vid PBC, läkemedelsutlöst leverskada (trimetoprim-sulfametoxazol, tiklopidin, propyltiouracil), svår hemolys vid Mb. Wilson och svår graviditetskolestas. Vi rapporterar effekten av plasmaferes vid svår, terapieresistent kolestas utlöst av flukloxacillin.

Patientfall Patienten är en 55-årig tidigare frisk man, som behandlades med flukloxacillin 750 mgx2 för ett infekterat aterom. Fyra veckor senare debuterade ikterus och klåda. CT buk ingav primärt misstanke om koledokussten, varför ERCP med papillotomi utfördes, som dock var normal. Bedömdes som flukloxacillinutlöst kolestas efter att viral och autoimmun leversjukdom uteslutits. Leverbiopsi visade kolestas och tecken till toxisk leverskada. Behandling med klemastin, kolestyramin, ursodeoxicholsyra och prednisolon 40 mg hade ingen effekt. Hans ikterus försämrades (bilirubin maximalt 444 μ mol/l) förenat med svår klåda, ett uttalat illamående och nutritionssvårigheter, vilket ledde till drygt 10 kg viktnedgång. Plasmaferes gavs varannan vardag under tre veckor vid sammanlagt 9 tillfällen. Varje plasmabyte omfattade 1,3 plasmavolymer. Som substitution gavs 4% albumin samt lagrad plasma. Patientens illamående och klåda lindrades avsevärt redan efter de första behandlingarna parallellt med minskande ikterus (Figur 1), och han kunde återgå till normalt födointag och utskivas för poliklinisk behandling. Idag är patienten helt återställd och har normala leverprover.

Slutsats Plasmaferes kan vara en värdefull behandling vid svår, terapieresistent läkemedelsutlöst kolestas och gav i vårt fall en tydlig symptomatisk lindring av svår klåda och illamående. Om behandlingens påverkade sjukdomsförloppet i sig kan man inte uttala sig om och kontrollerade studier krävs för att visa detta. ☺



Figur 1. Bilirubin i relation till plasmaferesbehandling (pil).

Gastrointestinal blödning

PO-17

Blödande ulcus – igår och idag

J. Sadic ¹; A. Borgström ¹; J. Manjer ¹; E. Toth ²; G. Lindell ¹

¹Universitetssjukhuset MAS, Kirurgkliniken, Malmö, Sweden; ²Universitetssjukhuset MAS, Medicinkliniken, Malmö, Sweden

Bakgrund: Incidensen av peptisk ulcussjukdom med blödningskomplikation förväntades minska efter introduktionen av potenta syrahämmare och effektiv eradikering av *Helicobacter pylori* men tillgängliga rapporter är motstridiga. Aktuella data avseende situationen i Sverige saknas.

Metod: Samtliga i Malmö kommun mantalskrivna personer som sjukhusvårdats för blödande ventrikel- (GU) och duodenalulcus (DU) under perioden 1987-2004 registrerades retrospektivt med hjälp av datorbaserade diagnosregister. Journalen för var femte patient selekterades slumpvis och detaljgranskades liksom samtliga journaler avseende patienter som genomgått kirurgi i anslutning till vårdtillfället. Materialet delades in i 6-års perioder i syfte att identifiera förändringar över tiden.

Resultat: Det totala antalet patienter med blödande ulcus var under hela perioden 1817 st. Antalet patienter under respektive period (1987-1992, 1993-1998 och 1999-2004) var 781, 561 och 475 med medianålder 71, 74 och 76 år. Frekvensen GU(%) / DU(%) var 51/49, 54/46 och 57/43 under respektive period och frekvensen kvinnor 37, 41 och 47. Operationsfrekvensen avseende akut blödning var 9,2, 7,5 och 5,7% varav resektion utfördes hos 61, 36 och 7% med 30-dagars mortalitet 9,7, 4,8 och 3,7%. De opererade patienterna hade preoperativt gastroskoperats (%) / behandlats endoskopiskt (%) i 75/4, 98/38 och 100/59% av fallen under respektive period. Förekomsten av *Helicobacter pylori* var inte systematiskt registrerad medan 31, 33 och 52% av patienterna medicinerade med ASA/NSAID under respektive period, och 36, 33 och 26% hade tidigare haft ulcus.

Slutsats: Antalet patienter som vårdas för blödande ulcus har minskat totalt sett i Malmö, mest minskade ulcus duodeni. Andelen patienter som opererades akut minskade likaså, möjligen till följd av ökande, effektiv endoskopisk behandling. Andelen patienter som genomgick resektion minskade liksom den perioperativa mortaliteten.

PO-18

Kapselendoskopi vid oklar gastrointestinal blödning

J. Sadic ¹; G. Lindell ¹; A. Nemeth ²; J. Nielsen ²; H. Thorlacius ¹; E. Toth ²

¹Universitetssjukhuset MAS, Kirurgkliniken, Malmö, Sweden; ²Universitetssjukhuset MAS, Medicinkliniken, Malmö, Sweden

Bakgrund: Vid gastrointestinal (GI) blödning är blödningskällan fortfarande oklar i upp till 10% efter gastroskopi och coloskopi. Hos denna grupp av patienter kvarstår misstanke om blödningskälla i tunntarmen. Kapselendoskopi är ett enkelt sätt att genomföra en fullständig undersökning av tunntarmen.

Metod: Rutinkapselendoskopi med 8 timmars bildregistrering genomfördes efter 12 timmars fasta men utan tarmförberedelse. Totalt undersöktes 142 patienter (medianålder 61 år, range 12-85; män/kvinnor 67/75) med oklar GI blödningskälla under perioden 2000-2005. Åttiosju

patienter hade overt och 55 okult blödning, 75% var transfusionskrävande. Patienternas blödningsanamnes varierade mellan 2 veckor – 168 månader (median 9 mån).

Resultat: Sju patienter klarade inte att svälja kapseln, hos 5 av dessa placerades kapseln endoskopiskt medan de övriga 2 avstod undersökningen. Fullständig undersökning uppnåddes hos 134/142 patienter (94%). Sannolik blödningskälla identifierades hos 70%, i 2/3 av fallen fanns blödningskällan i tunntarmen och 10% hade blödningskälla både i tunntarm och i ventrikel/duodenum eller colon. Vanligaste blödningskälla i tunntarmen var angiodysplasi 50%, ulceration/erosion 24%, tumör 18% och övriga fynd 8% (Meckels divertikel, Dieulafoy-lesion, etc.). Motsvarande siffror utanför tunntarmen var; ulceration/erosion 45%, angiodysplasi 30%, tumör 12% och övrigt 12%. I åttiosju procent av fallen medförde fyndet av blödningskälla aktiv åtgärd. Av de 99 patienterna med identifierad blödningskälla åtgärdades 20 kirurgiskt (15 tunntarmsresektion, 2 ileocecalresektion, 3 colonresektion) och 33 endoskopiskt. Hos 33 patienter ändrades aktuell mediciner (inflammatorisk tarmsjukdom, NSAID, Waran, etc).

Slutsats: Kapselendoskopi är en effektiv metod att lokalisera oklara blödningskällor i tunntarmen vilket i mer än hälften av fallen möjliggjorde riktad kirurgisk eller endoskopisk terapi.

Ulcus

PO-19

"Test and Treat" jämfört med "Scope Them All" – en hälsoekonomisk analys för första omhändertagande

L. Agréus ¹; L. Borgqvist ²; L. Lööf ³; L. Marké ⁴; A. Norlund ⁴

¹Karolinska Institutet, Centrum för allmänmedicin, Stockholm, Sweden; ²Linköpings Universitet, Institutionen för Medicin och Hälsa, Linköping, Sweden; ³Centrallasarettet i Västerås, Centrum för klinisk forskning, Västerås, Sweden; ⁴SBU, Sweden

Bakgrund Frågan om bästa handläggning i primärvården av vuxna patienter < 50 år med dyspeptiska besvär har analyserats för kostnadseffektivitet i utländska metaanalyser. Svårigheter föreligger dock att till svenska sjukvårdsförhållanden överföra analyser baserade på utländska priser och genomförda i andra organisationsformer.

Syfte Att jämföra initial handläggning med gastroskopi ("scope them all") versus handläggning med H.pylori diagnostik och behandling av de med positivt testresultat ("test and treat") i svensk sjukvård.

Metod Beslutsanalys med användning av DATA-pro 4.0. Kostnadsdata hämtade från svensk sjukvård, epidemiologi och incidens från publicerade data, utfallsdata från publicerade data samt skattningar. Känslighetsanalys.

Resultat Vid rådande kostnad för en gastroskopiundersökning av 1.700 SEK blir "scope them all"-strategin dubbelt så dyr som "test and treat" per symptomfri patient, 3.645 vs 1.853 SEK. I modellen varierades andelen "nöjda patienter" mellan 10-80%. Först om endast 10% blir nöjda efter "test and treat" blir gastroskopi-alternativet mest kostnadseffektivt.

Slutsats "Test and treat" är mer kostnadseffektivt än "scope them all" inom rimliga gränser för "nöjd patient" dvs mer än 10% av patienterna är nöjda. "Test and treat" dominerar vilket innebär bättre effekt och lägre kostnad än "scope them all".

Gastrointestinal immunologi

PO-20

Registerbaserad uppföljningsprogram av celiacipatienter

M. Wielondek ¹; W. Broda ¹; M. Rejler ¹; J. Tholstrup ¹; G. Almqvist ¹; A. Uhr ²

¹Höglandssjukhuset, Medicinska kliniken, Eksjö, Sweden; ²Höglandssjukhuset, Eksjö, Kostsektionen, Sweden

Bakgrund: Sedan 2002 har det på magtarm-mottagningen i Eksjö funnits en sköterskebaserad mottagning för patienter med celiaki med syftet att på ett strukturerat sätt att hantera ffa nyupptäckta fall av celiaki, upptäcka eventuella näringsbrister och identifiera refraktära fall som behöver utredas vidare. En del av sedan tidigare kända celiacipatienter har på liknande sätt förts in i registret och omfattas av uppföljningen.

Metod: Huvudprincipen är att alla patienter inom upptagsområdet (småländska höglandet omfattande ca 115.000 individer) med nydiagnostiserad celiaki får träffa såväl läkare som dietist. Vid läkarbesöket kompletteras anamnes inklusive hereditet och status, basala blodprovar inklusive ferritin, B12/folat samt tTg-ak liksom patientens data registreras i uppföljningsregistret. Efter 6 mån sker förnyad uppföljning med provtagning (blodstatus, järn, vitaminer samt tTg-ak) och telefonkontakt med ansvarig sköterska. Om patienten är välmående, antikroppar ej längre påvisade och prover i övrigt anmärkningsfria sker kontroller som ovan med 2 års mellanrum. Om prover är avvikande och/eller kvarvarande antikroppar upprepas kontakt och provtagning varje ½ år tills antikroppar försvinner och brister bedöms ha åtgärdats. Vid fördröjd normalisering av antikroppar och därmed misstanke på bristfällig kostbehandling tas ånyo kontakt med dietisten/läkaren. Om ingen bättring kliniskt eller biokemisk sker inom ett år sedan diagnosen ställts måste refraktär celiaki eller annan överlappande patologi misstänkas.

Resultat: 147 patienter i ålder mellan 19-86 år är med i registret. Vid diagnosen alternativt uppföljningsstart hade 13,1% av kontrollpatienter någon form av brister, 8,6% anemi. Kontrolldata av samma patienter efter minst 2 års uppföljningstid visar att brister har åtgärdats i 85,7%. I 2 fall (1,3%) utvecklades ulcererande jejunit verifierad via kapselendoskopi varav 1 patient vid senare tidpunkt fick diagnosen lymfom i ventrikeln (ej på resektat i tunntarmen).

Slutsats: Registerbaserad metod för uppföljning av celiacipatienter vid en sköterskebaserad mottagning tycks vara ett kostnadseffektivt sätt att säkra vårdkvalitet förutom att tillfredställa patienters behov av information och därmed främja trygghetskänsla vid en regelbunden kontakt. Man kan i ett tidigt skede identifiera de patienter där diethållningen kräver åtgärd liksom man kan identifiera refraktära fall där ytterligare utredning krävs.

Funktionella mag-tarmsjukdomar

PO-21

Mag-tarm symptom och nedsatt välbefinnande hos kvinnor med långtidsbehandlad celiaki

S. Roos ¹; A. Kärner ¹; C. Hallert ²

¹ISV, Linköpings Universitet, Norrköping, Sweden; ²Internmedicin, Vrinnevisjukhuset, Norrköping, Sweden

Bakgrund: Kvinnor med långtidsbehandlad celiaki visar en sämre hälsorelaterad livskvalitet

och rapporterar mer gastrointestinala symptom än motsvarande män. Osäkerhet råder om mer tarmsymptom kan förklara den sämre hälsorelaterade livskvaliteten hos kvinnor.

Syfte: Att studera relationen mellan gastrointestinala symptom och välbefinnande hos kvinnor och män med långtidsbehandlad celiaki.

Metod: Patienter med celiaki (n=108; 59% kvinnor) i åldern 45-64 år behandlade med glutenfri diet i minst 8 år besvarade enkäterna Gastrointestinal Symptom Rating Scale och Psychological General Well-Being index.

Resultat: Resultatet visade att kvinnor med mycket gastrointestinala symptom inte hade sämre välbefinnande än motsvarande män med celiaki. Kvinnorna med ett sänkt välbefinnande uppvisade inte heller mer gastrointestinala symptom än motsvarande män.

Slutsats: Resultaten visar att nedsatt välbefinnande hos kvinnor med celiaki inte kan förklaras med mer gastrointestinala symptom jämfört med motsvarande män. Kvinnornas nedsatta välbefinnande kan istället bero på deras upplevelser av svårigheter i det dagliga livet. Vidare studier behövs.

PO-22

Vad kännetecknar patienter med Irritable Bowel Syndrome (IBS) som upplever förbättring efter en strukturerad patientutbildning?

G. Ringström; S. Störsrud; H. Abrahamsson; M. Simrén

Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Mag-Tarmlab, Göteborg, Sweden

Bakgrund: En strukturerad patientutbildning förbättrar symptom och livskvalitet hos patienter med IBS (Ringstrom et al DDW 2007), men alla patienter svarar inte på behandlingen. Kostnadseffektiviteten kan förbättras om man känner till vad som kännetecknar patienter som kan förväntas ha nytta av utbildningen inför urvalet av patienter för behandlingsformen. Syftet med denna studie var att identifiera sådana faktorer

Metod: IBS-patienter remitterades från primärvård och gastroenterologer, för att delta i utbildningen. IBS-skolan bestod av 6 två-timmars tillfällen, en gång per vecka, med 8 till 10 patienter per grupp. En av 5 olika yrkeskategorier höll i varsitt utbildningstillfälle. Alla patienter fyllde i validerade frågeformulär före starten av utbildningen, för att värdera svårighetsgrad av gastrointestinala (GI) symptom, (IBS Severity Scoring System, IBS-SSS), mag-tarm specifik ångest (Visceral Sensitivity Index, VSI), livskvalitet (IBS Quality of Life, IBSQOL), psykologiska symptom (Hospital Anxiety and Depression scale, HAD) och coping resurser (Sense of Coherence, SOC). Upplevd kunskap om IBS och tillfredsställelse med den kunskapen skattades med hjälp av en visuell analog skala (VAS). Patienterna ansågs vara "responders" om de rapporterade tillfredsställande lindring av sina IBS symptom tre månader efter starten av IBS-skolan.

Resultat: Vi inkluderade 121 patienter (medelålder 39 (18-68) år; 101 kvinnor) med IBS enligt Rom II kriterierna. Femtiofyra patienter (45%) var "responders" 3 månader efter IBS-skolan. "Responders" hade mindre svåra GI symptom före starten av patientutbildningen jämfört med "non-responders" (IBS-SSS: 267 ±81 vs. 331 ±91 (medel ±SD); p<0,001). Responders hade också signifikant bättre livskvalitet före starten av utbildningen med högre score på 7 av 9 domäner på IBSQOL (p<0,05). Det fanns inga signifikanta skillnader mellan grupperna beträffande

remitterande instans, ålder, kön, avföringsmönster, symptom-duration, psykologiska symptom eller nivå av upplevd kunskap om IBS före starten av patientutbildningen.

Slutsats: En strukturerad patientutbildning verkar vara mest effektiv hos patienter med medelsvåra GI symptom och något bättre livskvalitet. Patienter med svåra GI symptom och väldigt låg livskvalitet behöver förmodligen mer stöd än vad som erbjuds inom ramen för en strukturerad patientutbildning i grupp. Dessa resultat kan användas för att optimera urvalet av patienter och därmed öka kostnadseffektiviteten för denna behandlingsform.

PO-23

Sköterskeledd hypnosbehandling – effektivt vid IBS

P. Agerforz; J. Wallin; G. Ringström; B.E. Andersson; H. Abrahamsson; M. Simrén

Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Mag-Tarmlab, Göteborg, Sweden

Bakgrund: Hypnos är en effektiv behandlingsform vid IBS, men dess tillgänglighet i sjukvården är begränsad. I många publicerade artiklar om hypnosbehandlings goda effekt vid IBS är det psykolog/psykoterapeut som gett behandlingen. Vi har undersökt om en sjuksköterska, grundutbildad i kognitiv psykoterapi och hypnos, kan nå likartade resultat. Detta skulle öka tillgängligheten och hålla kostnader nere.

Metod: Vi har hittills inkluderat 41 patienter, 16 män (medelålder 42 år) och 25 kvinnor (medelålder 36 år) med funktionell tarmsjukdom, huvudsakligen IBS, som inte svarat på standardbehandling. Efter bedömning av medicinsk gastroenterolog gavs patienterna hypnosbehandling enligt standardiserat protokoll, 1 h/vecka, 12 veckor i sträck. Före behandlingsstart samt 3, 6 och 12 månader efter behandlingsstart fyllde de i enkäter som värderade svårighetsgraden av intestinala och extraintestinala symptom (IBS Severity Scoring System, IBS-SSS), ångest och depression (Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale) samt mag-tarm-specifik ångest (Visceral Sensitivity Index, VSI). Vid varje uppföljning efter behandlingsstart fick de dessutom svara på frågan: "Hur mycket känner Du att Dina IBS besvär har förbättrats överhuvudtaget nu, jämfört med hur de var före Du började med hypnosbehandlingen?".

Resultat: Alla patienter som påbörjade hypnosbehandlingen fullföljde denna. Jämfört med före behandlingen rapporterade patienterna betydligt lindrigare intestinala (IBS-SSS: 320 ±96 vs. 230 ±130 (medel ±SD); p<0.0001) och extraintestinala symptom (IBS-SSS:173 ±71 vs. 118 ±78; p<0.0001) vid 3-månadersuppföljningen. Dessutom uppvisade patienterna lindrigare mag-tarm-specifik ångest (VSI: 49 ±18 vs. 62 ±19; p<0.0001), generell ångest (7,8 ±4,1 vs. 6,9 ±4,1; p<0,05) och depression (5,9 ±4,0 vs. 4,7 ±4,1; p<0,05) efter hypnosbehandlingen. Dessa förbättringar kvarstod vid 6- och 12-månadersuppföljningen. Vid 3-månadersuppföljningen svarade 65% att de upplevde sig vara 30% eller mer förbättrade avseende sina IBS symptom, och motsvarande siffror vid 6- respektive 12-månadersuppföljningen var 61% respektive 70%.

Slutsats: Sköterskeledd, standardiserad hypnosbehandling är en effektiv behandlingsform för att lindra symptom hos patienter med terapi-refraktär funktionell tarmsjukdom. Denna kunskap bör leda till att fler enheter ger patienter möjlighet till att få denna behandlingsform, gärna tidigt i vårdkedjan.

PO-24

Fekal inkontinens hos patienter med Irritable Bowel Syndrome

P. Jerlstad¹; P. Jerndal²; A. Bayati²; G. Ringström³; P. Agerforz³; H. Abrahamsson³; M. Simrén³; M. Karpefors²

¹Sahlgrenska sjukhuset, Magtarmlab, Göteborg, Sweden; ²AstraZeneca R&D, GI forskning, Mölndal, Sweden; ³Sahlgrenska sjukhuset, Mag-Tarmlab, Göteborg, Sweden

Bakgrund: Förekomsten av fekal inkontinens hos patienter med irritable bowel syndrome (IBS) är till stor del okänd och kopplingen till symptom och livskvalité är oklar.

Metod: Vi inkluderade 320 patienter med IBS enligt Rom II kriterierna (medelålder 40 år; 229 kvinnor). Demografiska och sjukdomsrelaterade faktorer kartlades enligt en strukturerad intervju. Förekomsten av fekal inkontinens fastlades genom att använda Rom II frågeformulär. Patienterna fyllde också i följande validerade frågeformulär: Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS), Short Form 36 (SF 36), Hospital Anxiety and Depression scale (HAD) och Visceral Sensitivity Index (VSI).

Resultat: Sextiofyra patienter (20%) rapporterade att de oavsiktligt läckt avföring mer än en gång per månad. Av dessa rapporterade 45 (70%) en liten mängd (fläckar på underkläderna) medan 19 (30%) rapporterade att de läckte en ganska stor eller stor mängd avföring (2 tsk eller mer). Fekal inkontinens var mer vanligt hos patienter med diarrédominerad IBS (27/115 (24%) och alternerande IBS (33/126 (26%)) än hos patienter med förstoppningsdominerad IBS (4/79 (5%) (p<0,001). IBS patienter med fekal inkontinens jämfört med kontinenta IBS patienter hade svårare diarrésymtom. (GSRS Diarrhea Syndrome: 4,3±1,5 vs. 3,0±1,6) (Medelvärde SD); p<0,0001). Detta gällde alla aspekter av diarré: mer frekventa avföringar (4,1±1,8 vs. 2,9±1,8; p=0,001), lösa avföringar (4,2±1,7 vs. 3,0±1,8; p<0,001) och trängande behov till avföring (4,5±1,9 vs. 3,2±1,8; p<0,001). Alla andra gastrointestinala symptom var likartade hos kontinenta och icke kontinenta IBS patienter. Fekal inkontinens var förenat med nedsatt fysisk livskvalitet (SF 36 Physical component summary score: 41±11 vs. 45±8; p<0,05) men inte med mental livskvalitet. Man kunde inte se någon skillnad i svårighetsgrad av psykiska symptom (HAD) eller mag-tarmspecifik ångest (VSI) mellan inkontinenta eller kontinenta IBS patienter. Patienter med fekal inkontinens var äldre än patienter utan inkontinens (48±19 vs. 39±12 år p<0,001), och body mass index (BMI) tenderade att vara högre (24,5±3,9 vs. 23,5±3,4 kg/m²; p=0,05). Förekomsten av fekal inkontinens skiljde sig inte mellan kvinnliga och manliga IBS patienter (48/229 (20%) vs. 16/91(18%); NS).

Slutsats: Fekal inkontinens är vanligt hos patienter med IBS och är förenat med svårare grad av diarré, reducerad fysisk livskvalitet och högre ålder. Fler studier behövs för att klargöra mekanismerna bakom inkontinens hos IBS patienter.

PO-25

Fulltjockleksbiopsi från jejunum vid svår IBS, en enkelblind valideringsstudie

H. Törnblom¹; B. Nyberg²; M. Wirén²; P. Lundqvist¹; B. Veress³; G. Lindberg¹

¹Karolinska Universitetssjukhuset, Gastrocentrum Medicin, Stockholm, Sweden; ²Karolinska

Universitetssjukhuset, Gastrocentrum Kirurgi, Stockholm, Sweden; ³Universitetssjukhuset MAS, Klinisk patologi och cytologi, Malmö, Sweden

Bakgrund: Det finns dag ingen organisk förklaring till symtomen vid irritable tarm (IBS). Vi har tidigare publicerat data med fynd av neuropati och låggradig inflammation i fulltjockleksbiopsier från jejunum hos 10 patienter med svår IBS. Denna studies syfte var att validera dessa fynd mot en kontrollgrupp utan IBS men med morbid obesitas som föranleder gastric bypass kirurgi.

Material: Fulltjockleksbiopsier från jejunum undersöktes med konventionell histopatologi samt immunhistokemi inriktad mot neuromyopatisk patologi samt inflammation. Vävnaden erhöles via en laparoskopiskt assisterad teknik från patientgruppen med IBS. I kontrollgruppen kunde motsvarande vävnad från proximala jejunum sparas i samband med den kirurgiska konstruktionen av Roux-en-Y bypass slyngan. Undersökande patolog var inte medveten om vilken patientgrupp vävnadsmaterialet kom från.

Resultat: Sju patienter (alla kvinnor) med IBS och 10 kontroller (7 kvinnor) inkluderades. Någon form av patologi noterades hos alla patienter med IBS men även hos 7 av 10 kontroller. Lymfocytär ganglionit förelåg hos 4 patienter och 6 kontroller. Medelvärde avseende lymfocyter per ganglion var lägre i kontrollgruppen än i IBS-gruppen, 1.7 jämfört med 2.4 (n.s.). Degenerativ neuropati sågs hos 3 patienter och 1 kontroll, alla över 50 års ålder. α -actin brist noterades hos 2 patienter.

Slutsats: De histopatologiska diagnoserna lymfocytär ganglionit och degenerativ neuropati i jejunum korrelerade inte till förekomst av IBS. Morbid fetma är i sig själv associerad med proinflammatoriska mekanismer som kan vara av betydelse i dessa sammanhang. Neurodegenerativa fynd förefaller behöva bedömas i relation till ålder.

Referens: 1. Tornblom H, Lindberg G, Nyberg B, Veress B. Full-thickness biopsy of the jejunum reveals inflammation and enteric neuropathy in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2002;123:1972-9.

PO-26

Beror visceral hypersensitivitet vid Irritable Bowel Syndrome (IBS) på sensitisering av smärtspecifika eller multimodala afferenta nervbanor?

J. Gunnarsson ¹; I. Posserud ¹; J. Tack ²; H. Abrahamsson ¹; M. Simrén ¹

¹SU/Sahlgrenska, Medicinkliniken, Göteborg, Sweden; ²University Hospital, Gasthuisberg, Dept of Gastroenterology, Leuven, Belgium

Bakgrund: En andel av patienter med IBS uppvisar hypersensitivitet för rektal distention. De har svårare smärtor (Posserud *Gastroenterology* 2007), indirekt talande för hyperalgesi. Huruvida detta orsakas av aktivering av smärtspecifika eller multimodala afferenta nerver, som även medierar icke smärtsamma stimuli, är oklart. Hos patienter med funktionell dyspepsi och visceral hyperalgesi, finns belägg för aktivering av multimodala afferenta nerver, snarare än isolerad aktivering av smärtspecifika nervbanor (Vanderberghe *Gut* 2005).

Syfte: Att utvärdera om IBS-patienter med hypersensitivitet vid sidan av hyperalgesi, även uppvisar ökad känslighet för icke smärtsamma rektala stimuli, indirekt talande för engagemang av multimodala afferenta nerver.

Metod: Vi inkluderade 227 patienter med IBS enligt Rome II-kriterierna (medelålder 38 år; 168 kvinnor). De genomgick rektal ballongdistention, med 5 mmHg stegvis ökande tryck tills de upplevde smärta eller ett tryck på 70 mmHg uppnått. Sensoriska tröskelvärden noterades och patienterna fick ange grad av smärta och icke smärtsamma förnimmelser på en visuell analog skala (VAS) vid varje trycknivå. Rektal hypersensitivitet definierades som en smärtröskel på ≤ 31 mmHg (femte percentilen hos friska personer).

Resultat: Sextiotre (28%) patienter uppvisade hypersensitivitet för rektal distention. Jämfört med de patienter som hade normal känslighet, hade patienterna med hypersensitivitet lägre tröskelvärden för alla undersökta sensationer: första förnimmelse (12 ± 3 vs 16 ± 5 mmHg (medel \pm SD); $p < 0,001$), trängning till avföring (16 ± 4 vs 23 ± 8 mmHg; $p < 0,001$), obehag (20 ± 5 vs 33 ± 10 mmHg; $p < 0,001$) och smärta (26 ± 4 vs 47 ± 11 mmHg; $p < 0,001$). Patienterna med hypersensitivitet angav intensivare icke smärtsamma upplevelser vid samtliga ballongtryck. Vid tryck på 5, 10, 15 och 20 mmHg ovan lägsta ballongtryck, var VAS för icke smärtsamma upplevelser 25 ± 20 vs 10 ± 12 mm, 45 ± 26 vs 21 ± 17 mm, 52 ± 20 vs 29 ± 21 mm och 65 ± 18 vs 39 ± 24 mm (alla $p < 0,0001$). Vid smärtröskeln angavs lika intensiva icke smärtsamma upplevelser i båda grupperna (69 ± 19 vs 69 ± 20 mm; NS), medan mer intensiv smärta angavs av hypersensitiva patienter (42 ± 22 vs 30 ± 22 mm; $p < 0,001$). Patienterna med hypersensitivitet var yngre (33 ± 9 vs 40 ± 16 år; $p < 0,0001$), medan könsfördelningen var likartad.

Slutsats: Våra resultat talar för att även multimodala afferenta nervbanor och inte enbart smärtspecifika nerver är inblandade i utvecklingen av visceral hypersensitivitet vid IBS.

PO-27

Förstärkt gastrokolisk reflex efter måltid hos IBS-patienter med fekal inkontinens

P. Jerlstad ; P. Agerforz ; G. Ringström ; J. Wallin ; A. Lindh ; H. Abrahamsson ; M. Simrén
Sahlgrenska universitetssjukhuset, Mag-Tarmlab, Göteborg, Sweden

Bakgrund: Fekal inkontinens är vanligt förekommande hos IBS patienter (Donnelly et al *Dis Colon Rectum* 1998) men mekanismerna bakom detta är oklart. Förändrad rektal perception och onormalt kolorektalt rörelsemönster är vanliga fynd hos patienter med IBS.

Mål: Att utvärdera kolorektal sensorisk och motorisk funktion hos IBS patienter med och utan fekal inkontinens.

Metod: Vi inkluderade 138 patienter med IBS enligt Rom II kriterierna (100 kvinnor; medelålder 36 (19-67) år). Förekomsten av fekal inkontinens kartlades med hjälp av Rom II frågeformulär. Rektal känslighet undersöktes med ballongdistensioner (barostat) med två distensionsomgångar, en före och en 60 minuter efter att en flytande måltid (800 kcal; 60% fett) intogs. Uppblåsningarna ökade stegvis med 5 mmHg tills patienten rapporterade smärta eller att ett tryck på 70 mmHg i ballongen uppnåddes. Under upplåsningarna mättes tröskelvärdena för perception, urgency, obehag och smärta. Efter måltiden uppmättes skillnader i ballongens volym för att kunna utvärdera den gastrokoliska reflexen. Vi mätte också oroanaltransittid efter att patienterna intagit 10 röntgentäta markörer 6 dagar i följd. På den sjunde dagen röntgades patienterna och de återstående markörerna räknades.

Resultat: Volymen i ballongen var densamma före måltid både hos patienter med och utan fekal inkontinens (84 ± 25 vs. 84 ± 37 ml (medelvärdet \pm SD); NS). Men IBS patienter med fekal inkontinens hade en mer uttalad gastrokolisk reflex efter måltid, vilket visade sig genom en mindre volym i ballongen postprandialt (44 ± 40 vs. 61 ± 41 ml; $p < 0,05$). De rektala tröskelvärdena var samma hos patienter med och utan fekal inkontinens, både före (urgency: 21 ± 6 vs. 20 ± 6 mmHg; NS; smärta: 41 ± 14 vs. 40 ± 13 mmHg; NS) och efter måltid (urgency: 21 ± 7 vs. 19 ± 6 mmHg; NS; smärta: 40 ± 15 vs. 39 ± 25 mmHg; NS). Rektal compliance var också lika i de båda grupperna. Den oroanaltransittidsmätningen skiljde sig inte mellan patienter med eller utan fekal inkontinens ($1,6 \pm 1,7$ vs. $1,7 \pm 1,1$ dagar; NS), och det fanns ingen skillnad i var markörerna var lokaliserade i tarmen. Patienterna med fekal inkontinens var äldre än de kontinenta IBS patienterna (43 ± 15 vs. 35 ± 11 år; $p < 0,001$), men fördelningen mellan könen var densamma.

Slutsats: IBS patienter med fekal inkontinens har en förstärkt gastrokolisk reflex efter måltid, vilket kan vara av betydelse för deras inkontinens. Kolorektal sensorimotorisk funktion i övrigt skiljer sig inte mellan IBS patienter med eller utan fekal inkontinens.

PO-28

Måltidstest för patienter med IBS speglar sjukdomsgraden


I. Midenfjord ¹; I. Posserud ¹; H. Strid ²; A. Lindh ¹; S. Störsrud ¹; J. Wallin ¹; P. Agerforz ¹; G. Ringström ¹; H. Abrahamsson ¹; M. Simrén ¹

¹Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Mag-tarmlab, Göteborg, Sweden; ²Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Medicinkliniken, Göteborg, Sweden

Bakgrund: Patienter med IBS besväras ofta av förvärrade symtom efter måltid. Ett måltidstest har utvecklats för att studera symtombilden vid IBS.

Syfte: Utvärdera måltidstestet och dess samband med svårighetsgraden av IBS-symtom, psykologiska faktorer, IBS subgruppering och demografiska faktorer.

Metod: 169 patienter med IBS enligt Rom III inkluderades (medelålder 43 (18-69) år; 117 kvinnor). De kom fastande till sjukhuset där de serverades frukost (540 kcal; 36% fett, 15% protein, 49% kolhydrater; 9,2g fiber), och lunch (600 kcal; 32% fett, 20% protein, 48% kolhydrater; 4,3g fiber), och gick hem. De fyllde i visuell analog skala (VAS) för att mäta svårighetsgrad av sex gastrointestinala (GI) symtom (buksmärta, utspändhet, obehag, illamående, gas och mättnad) innan frukost, varje 30 min efter frukost, 2 och 4 timmar efter lunch, vid sänggående samt innan frukost nästa morgon. Ett GI-score för de 6 GI-symtomen beräknades. Patienten fyllde i enkäter: IBS severity scoring system (IBS-SSS), Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale, IBS Quality of life (IBSQOL) samt Bristol Stool Form Scale. Patienterna delades in i subgrupper baserade på IBS-SSS (milda och moderata vs svåra symtom).

Resultat: GI score ökade under den första timmen efter frukost och var tillbaka vid utgångsläge efter 3 timmar. Den var högre hos patienter med svåra IBS-symtom ($p < 0,0001$) och hos patienter med depression ($p = 0,005$). Ångest, avföringskonsistens och avföringsfrekvens, Rom III subgrupp, kön eller ålder hade ingen signifikant effekt på resultaten från måltidstestet. 

Associationen mellan GI-score och svårighetsgraden av IBS förblev signifikant efter justering för ångest och depression ($p < 0,001$). Svårighetsgraden av de individuella GI-symtomen som mättes under måltidstestet skilde sig mellan de olika subgrupperna baserat på IBS-SSS score ($p < 0,001$). Bara smärta och obehag skilde sig signifikant mellan deprimerade och icke-deprimerade IBS patienter ($p < 0,001$). GI-score 2 och 4 timmar efter lunch, vid sänggående och följande morgon var också relaterat till svårighetsgraden av IBS ($p < 0,0001$), men bara GI-score vid 2 och 4 timmar skilde sig mellan deprimerade och icke-deprimerade patienter ($p < 0,05$). Signifikant korrelation fanns mellan GI-score och alla domäner av IBSQL ($r = 0,2-0,45$), med starkast association med mat.

Slutsats: Måltidstestet reflekterar IBS-sjukdomens svårighetsgrad, och ser ut att vara ett värdefullt verktyg för att mäta olika aspekter av GI-symtom vid IBS.

PO-29

Ökad fysisk aktivitet minskar gastrointestinala symtom men inte trötthet och depression hos patienter med Irritable Bowel Syndrome (IBS)
E. Mörlin; M. Simrén; H. Strid; R. Sadik Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Divisionen för Gastroenterologi och hepatologi, Göteborg, Sweden

Syftet med studien var att undersöka effekten av ökad fysisk aktivitet på trötthet, depression, ångest och gastrointestinala symtom vid IBS.

Metod: 94(20M) IBSpatienter inkluderades i studien. Patienterna uppfyllde Rome II kriterierna. Av de inkluderade patienterna hade 23(9M) diarrédominans, 20(2M) förstoppningsdominans och 51(9M) hade alternerande IBS. Patienterna randomiserades till en kontrollgrupp (35K/12M) eller en träningsgrupp (39K/8M). Alla patienter fyllde i frågeformulär om trötthet, Fatigue Impact Scale (FIS) och om ångest och depression, Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) samt om sina magtarmsymtom, Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRs) och IBS-severity scoring system som består av IBS-score och Extra colonic score. Patienterna utförde ett submaximalt konditionstest på ergometercykel. Kontrollgruppen uppmanades att inte förändra sin livsstil under tre månader och hade telefonkontakt med sjukgymnast varje månad. Träningsgruppen uppmanades att öka sin fysiska aktivitet och hade telefonkontakt med sjukgymnast en till två gånger per månad. Träningsgruppen uppmanades att utföra aktiviteter som ökar syreupptagningsförmågan. Resultatet presenteras som median, percentil 10 och 90.

Resultat: I träningsgruppen var IBS-score 292(133-371) vid start och 230(104-370) efter tre månader, $p = 0,001$. I kontrollgruppen var det 278(148-378) vid start och 264(133-386) efter tre månader, $p = NS$. I träningsgruppen var Extra colonic score 183(96-326) vid start och 163(55-270) efter tre månader, $p = 0,02$. I kontrollgruppen var det 184(73-319) vid start och 174(74-339) efter tre månader, $p = NS$. Träningsgruppens förbättring på GSRs var signifikant i två subskalor. Gasproblem var 4,2(2,2-5,2) vid start och 3,6(1,7-5,0) vid tre månader, $p = 0,02$ och förstoppning var 3,0(1,2-5,6) vid start och 2,3(1,0-5,4) vid avslut, $p = 0,05$. Ingen övrig signifikant förändring sågs i GSRs. Inga signifikanta förändringar observerades i FIS. HADS subskala för depression var i träningsgruppen

4,0(1,0-10,5) vid start och 4,0(0,5-9,0) efter tre månader, $p = NS$. I kontrollgruppen var den 6,0(1,5-11,5) vid start och 6,0(1,0-9,0) efter tre månader, $p = 0,04$. Syreupptagningsförmågan hade endast förbättrats i träningsgruppen från 2,37(1,50-3,28) vid start till 2,50(1,77-3,31)/min efter tre månader, $p = 0,04$.

Konklusion: Ökad fysisk aktivitet ger symtomförbättring vid IBS men minskar inte trötthet eller depression och ångest. Råd kring fysisk aktivitet kan ges till patienter med IBS.

PO-30

The Correlation Between GSRs-IBS Questionnaire and IBS Symptom Diary

P. Karling; Å. Danielsson Norrlands Universitets Sjukhus, Sektionen för Gastroenterologi, Umeå, Sweden

Objective: The aim of the study was to compare the questionnaire GSRs-IBS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale-IBS) with a prospective validated symptom diary.

Methods: Patients with IBS ($n = 80$) (mean age 33.4 years) according to ROME III criteria filled in GSRs-IBS followed by two weeks of symptom diary. 62 (77.5%; 54 females, 8 males) of the patients completed both GSRs-IBS and the symptom diary.

Results: The correlation between the different GSRs-IBS items and comparable measurement in the diary was in ranking order: abdominal distention $rs 0.53$ ($p < 0.001$), abdominal bloating $rs 0.52$ ($p < 0.001$), abdominal pain $rs 0.50$ ($p < 0.001$), incomplete defecation $rs 0.47$ ($p < 0.001$), hard stools $rs 0.44$ ($p < 0.001$), urgency $rs 0.44$ ($p < 0.001$), loose stools $rs 0.43$ ($p = 0.001$), diarrhea frequency $rs 0.39$ ($p = 0.002$), constipation (straining) $rs 0.34$ ($p = 0.008$), pain relieved by defecation $rs 0.23$ ($p = 0.079$) and constipation (stool frequency) $rs -0.001$ ($p = 0.99$). The symptom diary did not include the items flatulence and early satiety.

Conclusion: There was acceptable correlation between the different items in GSRs-IBS and their correlates in the symptom diary except for the symptoms constipation and pain relieved by defecation. Thus, GSRs-IBS questionnaire may replace a two-week diary in clinical practice.

PO-31

B-cells-svar efter stimulering med bakteriekomponenter hos patienter med Irritable Bowel Syndrome (IBS)

L. Öhman; A.C. Lindmark; S. Isaksson; I. Posserud; P.O. Stotzer; H. Strid; H. Sjövall; M. Simrén Sahlgrenska Universitets sjukhuset, Magtarm lab, Göteborg, Sweden

Bakgrund: Irritable bowel syndrome (IBS) kan vara förknippat med en låggradig aktivering av immunförsvaret. Vi har därför undersökt hur IBS patienters blod B celler, i jämförelse med B celler från friska kontroller, responderar på stimulering med bakterie komponenter.

Metoder: Blodprover togs på 74 IBS patienter och 30 friska kontroller. Perifera blod mononukleära celler (PBMCs) stimulerades med en bakteriell cocktail bestående av probiotika stamarna *L. casei*, *L. acidophilus*, *B. infantis*, eller med lipopolysackarid (LPS). B cellernas fenotyp bestämdes före och efter 3 dagars cellkultur.

Resultat: IBS patienter har normala frekvenser av B celler i blod. IBS patienternas B cells population i blod har dock en ändrad fenotyp då ökad frekvens av B cellerna är IgG⁺. Dessutom

uttrycker en större andel av IBS patienternas B celler i blodet de costimulerande signalerna CD80 och CD86. Däremot är frekvensen B celler som uttrycker aktiveringsmarkörerna HLA-DR och CD40 lägre i blod hos IBS patienter än hos friska kontroller. Tre dagars bakteriell stimulering av IBS patienternas B celler återställde uttrycket av HLA-DR och CD40. Stimulering av IBS patienternas B celler med en bakteriell cocktail resulterade dock i ett lägre uttryck av CD80, medan frekvensen av CD86⁺ B celler var jämförbar med den hos friska kontroller.

Slutsats: Uttrycket av den costimulerande signalen CD80, som är viktig för att inducera T cells tolerans, är minskad hos bakteriellt stimulerade B celler från IBS patienter, vilket kan resultera i en ökad immun aktivering hos patienter med IBS.

Gastroesofageal refluxsjukdom

PO-32

IMPROVE – en öppen randomiserad multicenterstudie för att utvärdera värdet av en förbättrad syrahämning hos patienter med gastroesofageal refluxsjukdom (GERD) och kvarstående symtom trots pågående behandling med protonpumpshämmare (PPI)

R. Ekeshö¹; L. Haglund²; A. Adjemian³; L. Jørgensen⁴; S. Sjöstedt⁴

¹Dalby, Vårdcentralen, Dalby, Sweden; ²Bromölla, Hälsoringen, Bromölla, Sweden; ³Västerås, Läkargruppen, Västerås, Sweden; ⁴AstraZeneca Sverige, Medicinska avdelningen, Södertälje, Sweden

Målsättning: Att dokumentera värdet av en mer kraftfull syrahämning till GERD-patienter med terapivikt på PPI.

Metod: PPI-behandlade GERD-patienter med terapivikt (>4 dagar med milda eller >2 dagar med måttliga/svåra symtom senaste veckan) identifierades med hjälp av en enkät, KURT (KvalitetsUppföljning av RefluxTerapi). KURT användes även i uppföljningen. Dessutom registrerades livskvalitets- och hälsoekonomiska data (redovisas separat). Patienterna randomiserades till behandling med 40 mg esomeprazol eller en justerad högre dos av den PPI de haft före studien. Primär variabel var andelen patienter som blev fria från halsbränna (högst 1 dag med milda besvär av halsbränna senaste veckan). Sekundär målsättning var andelen behandlingsmisslyckanden (>4 dagar i följd med måttlig eller svår halsbränna). Reflux Symptom Score (svårighetsgrad av halsbränna x tid med halsbränna) beräknades också.

Resultat: 1848 KURT-enkäter sändes ut från 57 svenska vårdcentraler, 1191 patienter (64%) svarade, 520 (28%) klassades som patienter med terapivikt och 436 patienter kunde randomiseras. Ålder 49.6 år (20-66), 62% kvinnor. 427 patienter inkluderades i ITT-analysen, 210 behandlade med esomeprazol och 217 behandlade med en justerad dos av ursprunglig PPI (omeprazol, pantoprazol eller lansoprazol). Efter fyra veckor med mer kraftfull syrahämmande behandling blev 66.3% av patienterna helt symtomfria. Det förelåg ingen skillnad mellan behandling med esomeprazol eller en justerad dos av ursprunglig PPI när det gäller primärvariabeln Fri från halsbränna (62.9% resp 69.6%, $p = 0.1420$). Det fanns inte heller någon skillnad i behandlingsmisslyckanden mellan behandlingsgrupperna (5.7% resp 9.2%, $p = 0.1699$). Däremot visade utvärdering med KURT att den esomeprazolbehandlade gruppen förbättrades

signifikant mer ($p=0.0346$). Reflux Symptom Score visade också på en signifikant fördel med esomeprazol ($p=0.0045$).

Slutsats: Många patienter med GERD i primärvården är underbehandlade och har inte tillräcklig symptomkontroll med standardbehandling av PPI. Dessa patienter kan identifieras med hjälp av KURT. En mer kraftfull syrasekretionshämmning under fyra veckor leder till symtomfrihet hos 2/3 av GERD-patienter med terapivikt på PPI. Studien kunde inte påvisa någon skillnad när det gällde primärvariabeln fria från halsbränna mellan esomeprazol och en justerad dos av ursprunglig PPI. Utvärdering med KURT och Reflux Symptom Score visade en fördel med esomeprazol.

PO-33

Förbättrad syrahämning höjer den hälsorelaterade livskvaliteten (HRQL), minskar produktivitsförlusten och värderas högt av patienter med gastroesofageal refluxsjukdom (GERD) med terapivikt på protonpumpshämmare (PPI) – data från IMPROVE-studien

R. Ekesbo¹; H. Sörngård²; S. Sjöstedt³

¹Dalby, Vårdcentralen, Dalby, Sweden; ²AstraZeneca Sverige, Hälsoekonomiska avdelningen, Södertälje, Sweden; ³AstraZeneca Sverige, Medicinska avdelningen, Södertälje, Sweden

Målsättning: Att dokumentera värdet för patienten av en mer kraftfull syrahämning till GERD-patienter med terapivikt på PPI.

Metod: PPI-behandlade GERD-patienter med terapivikt (>4 dagar med milda eller >2 dagar med måttliga/svåra symtom senaste veckan) identifierades med hjälp av en enkät, KURT (KvalitetsUppföljning av RefluxTerapi). Patienterna skattade sin aktuella HRQL med EQ-5D, ett generiskt instrument för skattning av HRQL. De angav GERD-relaterad frånvaro från arbetet samt skattade minskad förmåga att utföra arbetet under senaste veckan med hjälp av ett frågeformulär, WPAI-GERD (Working Productivity and Activity Impairment). Formulären fylldes i före respektive fyra veckor efter en höjning av PPI-dosen. Patienternas värdering, i monetära termer, av behandlingen under vs före studien dokumenterades mha frågor om betalningsvilja (WTP).

Resultat: 1848 KURT-enkäter sändes ut från 57 svenska vårdcentraler, 1191 patienter (64%) svarade, 520 (28%) klassades som patienter med terapivikt och 436 patienter kunde inkluderas. Ålder 49.6 år (20-66), 62% kvinnor, 71% förvärvsarbetade/studerade. Efter fyra veckor med mer kraftfull syrahämmande behandling blev 66.3% av patienterna helt symptomfria. Den HRQL, mått som livskvalitetsvikt där 0=död och 1=full hälsa, ökade från 0.705 till 0.794. Den GERD-relaterade frånvaron från arbetet minskade från 1.3 till 0.4 tim/vecka och reduktionen av arbetsförmågan minskade från 20.9 till 8.5%. Det monetära värdet av produktivitsförlusten minskade med 1581 kr/vecka från 2493 till 912 kr/vecka (arbetskraftskostnad 304 kr/tim) dvs under ett år motsvarande ca 80 000 kr per patient. Patienternas värdering av behandlingen, uttryckt som WTP uppgick totalt till 701 kr/mån. WTP var högre hos de som blev helt symptomfria vs ej helt symptomfria, 976 vs 195 kr/mån.

Slutsats: En mer kraftfull syrasekretionshämmning under fyra veckor återställer förlorad livskvalitet till motsvarande den hos en normalpopulation, ger en ökad förmåga att arbeta och värderas högt av GERD-patienter med terapivikt på PPI.

PO-34

Ekonomiska konsekvenser av terapivikt vid gastroesofageal refluxsjukdom (GERD) – indirekta kostnader underskattas: ett nationellt perspektiv på produktivitsdata från IMPROVE-studien

R. Ekesbo¹; H. Sörngård²; P. Wahlqvist³

¹Dalby, Vårdcentralen, Dalby, Sweden; ²AstraZeneca Sverige, Hälsoekonomiska avdelningen, Södertälje, Sweden; ³AstraZeneca, R&D, Mölndal, Sweden

Inledning: Tidigare svenska uppskattningar av indirekta kostnader i samband med GERD bedöms till ca 1,5 miljarder kr per år. Dessa inkluderar sjukskrivning, förtidspension och frånvaro från arbetet i samband med GERD-relaterad sjukvård. En internationell, systematisk översikt från 2006 drar dock slutsatsen att GERD-relaterad produktivitsförlust främst beror på en försämrad förmåga att utföra arbetet på plats och till en mindre del på frånvaro från arbetet. Patientrapporterad skattad produktivitsförlust är störst hos patienter med GERD-relaterade sömnstörningar, korrelerar med GERD-symtomens svårighetsgrad och påverkas positivt av behandling med PPI. I en studie från 2008 har man med objektiva mått verifierat att GERD påverkar förmågan att arbeta med hög produktivitet, vilket stöder ovan nämnda slutsatser. IMPROVE-studien visar att reduktionen av arbetsförmågan minskar från 20,9 till 8,5% när GERD-patienter med terapivikt på PPI (28% av patienterna) får en mer kraftfull syrasekretionshämmande behandling. Detta motsvarar en förändring av 4,3 timmars arbetstid per vecka och patient (från 6,9 till 2,6 tim) med ett beräknat värde av 1 307 kr (arbetskraftskostnad = 304 kr/tim). Målsättningen med detta arbete är att extrapolera, från IMPROVE till en totalpopulation, de indirekta kostnaderna av en försämrad förmåga att arbeta i samband med terapivikt på PPI hos patienter med GERD.

Metod: Svenska årliga, indirekta kostnader av försämrad arbetsförmåga i samband med terapivikt vid GERD kan beräknas med ekvationen: Antal inv i arbetsför ålder x Prevalens GERD x Andel med GERD som får PPI x Andel med terapivikt på PPI x Sysselsättningsgrad x Tidsförlust per vecka pga nedsatt arbetsförmåga x Arbetskraftskostnad/tim x 52 veckor.

Resultat: Med 4,247 miljoner förvärvsarbetande (SCB), en prevalens på 14% med besvärande GERD-symtom varje vecka, varav ca 50% behandlas med PPI, indikerar resultaten en produktivitsförlust motsvarande 9,1 miljarder kr per år som inte inkluderats i tidigare cost of illness-beräkningar. Med effektivare behandling skulle den beräknade kostnaden kunna reduceras med 5,7 till 3,4 miljarder kr. En begränsning med dessa beräkningar är att vi inte känner till produktivitsförlusterna hos den del av GERD-populationen som inte behandlas med PPI.

Slutsats: Tidigare skattningar av indirekta kostnader för GERD underskattar väsentligt de verkliga kostnaderna då de inte inkluderat GERD-sjukdomens påverkan på förmågan att på plats utföra förvärvsarbete.

Endoskopi

PO-35

Perkutan gastrostomi – vad händer sen?

L. Gustavsson; H. Lukas; C. Jönsson; P.O. Stotzer; L. Gustavsson

Sahlgrenska universitetssjukhus, GEA, Göteborg, Sweden

Bakgrund: Frekvensen av perkutan gastrostomi (PEG) ökar. Kunskapen om prognosen är dock ofullständig. Våra resultat från uppföljning av PEG presenteras.

Metod: Alla patienter som fick PEG på Sahlgrenska sjukhusets endoskopiavdelning år 2005 inkluderades. Prospektiv uppföljning gjordes efter 10 dagar, 3 och 12 månader och i maj 2007.

Resultat: 49 patienter (23 kvinnor) fick PEG. Medelålder 69 år. Indikationer: Stroke ($n=28$), andra neurologiska tillstånd ($n=9$), skalltrauma ($n=7$), malignitet ($n=4$), esofagusstriktur ($n=1$). 46/49 erhöjll antibiotikaproxylax. 11/49 avled inom 30 dygn och ytterligare fem inom 6 månader. Orsak till tidig mortalitet var aspirationspneumoni ($n=8$) och pga gundsjukdom ($n=3$). Bland sena dödsfall ($n=5$) avled 2 pga gundsjukdom, övriga orsaker var aspirationspneumoni, cholecystit och lungödem. I strokegruppen avled 5/28 inom 30 dygn och ytterligare 4 inom 6 månader. Orsaker var aspirationspneumoni ($n=5$), lungödem ($n=1$), cholecystit ($n=1$) och sekundärt till grundsjukdom ($n=2$). Av patienter med andra neurologiska tillstånd dog 1/9 av aspirationspneumoni inom 30 dygn. I gruppen med skalltrauma avled 2/7 av pneumoni inom 30 dygn och en inom 6 mån i sin grundsjukdom. Vid malign sjukdom avled 3/4 inom 30 dygn (en aspirationspneumoni, 2 pga grundsjukdom).

Komplikationer: I strokegruppen fick 2/28 patienter infektion runt stomat, vilket hos samtliga kunde behandlas med bibehållen PEG. En fick läckage och sekundär peritonit. Medelfunktionstid för PEG var 100 dagar. Tretton patienter klarar sig nu utan PEG, 18 patienter har bytt till knapp, 16 patienter avled med fungerande PEG, en har fortfarande PEG och en avslutades av annan orsak.

Slutsats: Komplikationsfrekvensen vid PEG är betydande och 30-dagarsmortaliteten hög, främst hos patienter med sväljningssvårigheter sekundärt till stroke. Den främsta dödsorsaken är aspirationspneumoni. En tänkbar orsak är att patienterna pga sin stroke oftast matas i liggande ställning med ökad risk för reflux som följd.

PO-36

Kvalitetssäkring av gastrointestinal patologi – var står vi? Vad kan vi utlova?

Å. Öst

Aleris Medlab, Avdelning för Patologi och Cytologi, Stockholm, Sweden

Kvalitetssäkring av diagnostik inom specialiteten Patologi och Cytologi kan ske enligt två olika regelsystem, nämligen "Good laboratory practise" (GLP) eller enligt en standard med beteckningen ISO/IEC 17025.

GLP-standard är obligatorisk för laboratorier som deltar i kliniska provningar och för dessa är Läkemiddelsverket kontrollmyndighet. ISO/IEC 17025 följs av avdelningar som söker ackreditering av SWEDAC. Sådan ackreditering har tre armar,

- I: Visualisering av celler och vävnader i mikroskop – Histopatologisk laboratorieteknik – Cytologisk laboratorieteknik,
- II: Morfologisk diagnostik av celler och vävnader,
- III: Specialteknik för analys och diagnostik av celler och vävnader

För att ett diagnostikområde ska kunna ackrediteras fordras att det finns ett av Svensk förening för Patologi och Cytologi godkänt KVASt-dokument. KVASt står för "Kvalitets- och standardiseringsstudiegrupper" inom föreningen. Nu finns

godkända dokument för sju subspecialiteter (vaginalcytologi, bröstpatologi, urologisk patologi, gastroenterologisk patologi, leverpatologi och haematopatologi). Ackrediterad gastrointestinal patologi finns vid sex olika laboratorier i landet. KVAST-grupperna ansvarar för två viktiga kvalitetskontroller, nämligen

- att definiera kvalitetsindikatorer, samla in dessa och analysera resultaten
 - att organisera preparatutskick för att öka reproducerbarheten i diagnostiken
- Inom gastrointestinal patologi är kvalitetsindikatorerna för närvarande följande:
- esofagus: förekomst av icke-intestinal resp intestinal slemhinna
 - ventrikel: förekomst av H.pylori, autoimmun resp kemisk gastrit
 - duodenum: fördelning av de olika graderna av celiki-relaterad förändring
 - colon/rectum: TNM-fördelning av adenocarcinom och andel fall med >= 12 undersökta Igll
- Sammanställning av 2006 års resultat redovisas. För 2007 kommer cancer i colon och rectum att separeras och ssk vikt kommer att läggas vid antal undersökta Igll i fall av T3N0. Hittills har KVAST/GE ansvarat för fyra preparatutskick:

- celiaki-relaterade förändringar i duodenum
- CLE-relaterad dysplasi i esofagus
- kroniska gastriter
- polyper i colon och rectum

År 2009 planeras ett preparatutskick avseende precancerösa förändringar vid IBD.

Medlemmar i KVAST/GE är: Eriksson Sune (Örebro), Franzén Lennart (Stockholm), Halvarsson Britta (Helsingborg), Lörinc Ester (Malmö), Nilsson Ola (Göteborg), Stenling Roger (Umeå), Wanders Alkwin (Uppsala) och Öst Åke (sammanställande, Stockholm)

PO-37

Brist på tränade endoskopister är främsta hindret för att använda endoskopiskt ultraljud i klinisk praxis i Sverige

R. Sadik; R. Khorshidi; E. Kalaitzakis

Sahlgrenska universitetssjukhus, Sektion för gastroenterologi och hepatologi, Göteborg, Sweden

Endoskopiskt ultraljud (EUS) har hög sensitivitet och specifitet vid utredning av lungtumörer, pankreastumörer, esofagustumörer och vid en rad andra sjukdomar. Kunskapen kring utnyttjandet av EUS i klinisk praxis är dock begränsad. Målet med denna europeiska studie är att få en uppfattning om inställning till EUS bland kirurger och gastroenterologer i Norge, Storbritannien, Holland och Sverige. Metod: En enkät har skickats till alla gastroenterologer och kirurger i svensk gastroenterologisk förening. Samma enkät har skickats till motsvarande föreningar i Norge, Holland och Storbritannien. Endast resultaten i Sverige har analyserats för närvarande. Resultat: Enkäten skickades till 607 gastroenterologer och kirurger i Sverige. 338(55%) läkare svarade på enkäten. 47% av de svarande arbetade på ett universitetssjukhus eller ett länsjukhus och 34% arbetade på ett mindre sjukhus. Av de svarande läkarna hade 42% tillgång till EUS utrustning. Majoriteten (67%) ansåg att EUS var viktig eller nödvändig vid utredning av esofagustumörer. 45% ansåg att EUS är viktig eller nödvändig vid utredning av en pankreasförändringar och 56% hade samma bedömning gällande rektalcancer. Vid cystiska förändringar i pankreas ansåg 54% att EUS med punktion är viktig eller nödvändig för diagnostiken. Hälften (50%) av de

svarende angav att EUS är viktig eller nödvändig för dränage av symptomatiska pankreaspseudo-cystor. För utredning av lågt/måttligt misstänkt koledokussten angav 47% att EUS inte är viktig. En liknande andel (45%) ansåg att EUS inte är viktig för utredning av icke-småcelliga lungtumörer. 89% angav att bristen på kvalificerade endoskopister låg bakom den låga användningsgraden av EUS i Sverige. Konklusion: Kirurger och gastroenterologer i Sverige är medvetna om effektiviteten av EUS vid utredning av gastrointestinala maligniteter. Bristen på kvalificerade endoskopister är dock huvudhindret för att öka utnyttjandegraden av EUS i klinisk praxis.

PO-38

Gallriks – ett nytt kvalitetssäkringsinstrument för ERCP i Sverige

L. Enochsson¹; G. Persson²

¹Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, Gastrocentrum Kirurgi, Stockholm, Sweden; ²Länsjukhuset Ryhov, Kirurgikliniken, Jönköping, Sweden

Bakgrund: Gallriks är ett nationellt kvalitetsregister för registrering av operativt eller endoskopiskt handläggande av gallstenssjukdomen. Det grundades 1:a maj 2005 och har successivt sett ett ökande antal kliniker ansluta sig till registret. Då det skapades beslutades att även ERCP skulle ingå eftersom annars bilden av hur gallsten operativt handläggs, såväl som komplikationsbilden, riskerade bli ofullständig. En analys av samtliga ERCP registrerade i Gallriks 2007 presenteras.

Metod: Resultaten baseras på oidentifierade ERCP-data från 39 sjukhus. Totalt under 2007 registrerades 5129 ERCP undersökningar på 3905 patienter.

Resultat: De vanligaste indikationerna för ERCP var känd choledochussten (26%) respektive ikerus (25%). Patienterna som undersöktes bestod av 54% kvinnor och 46% män med en medelålder av 68 år för bägge könen. Kanylering av gallträdet lyckades i 90.4%. Misslyckandefrekvensen ökade med tilltagande ASA-klass. Per- respektive postoperativt komplikationsfrekvens var 2.5 resp. 9.7%. 118 scopister gjorde mellan 1-241 ERCP vardera (i medeltal 43.5). Den vanligaste sederingsformen är fortfarande basal sedering med midazolam/morfin (47%) medan propofol och intubationsnarkos står för 37 respektive 16%. Vid användning av propofol så ansvarade narkos för sederingen i 40% och endoskopisten i 60%.

Slutsats: Gallriks är ett bra nationellt kvalitetsregister och omfattar nu över 90% av alla sjukhus som hanterar gallstenssjukdom. Fortfarande är det dock ett ungt register som ej är fullständigt validerat men denna process har nu inletts. Med fortsatt utveckling och förbättring av registret förväntar vi oss att det kommer att bli ett värdefullt och kraftfullt verktyg för kvalitets-säkring av ERCP verksamheten i Sverige. Med god validitet bör registret också kunna generera värdefull forskning.

PO-39

Självexpanderande metallstent för kolonileus: erfarenheter från UMAS

M. Lepsényi¹; O. Lindén¹; I. Syk¹; J. Nielsen²; A. Nemeth²; E. Toth²; H. Thorlacius¹

¹Universitetssjukhuset MAS, Kirurgikliniken, Malmö, Sweden; ²Universitetssjukhuset MAS, Medicinkliniken, Malmö, Sweden

Bakgrund: Användningen av självexpanderande metallstentar i kolon (SEMS) för behandling av

kolonobstruktion har ökat både internationellt och i Sverige. Metoden har flera fördelar såsom en möjlighet att dekomprimera ett kolonileus för en senare planerad resektion på en optimerad och utredd patient (bridge to surgery) och därmed undvika akut öppen bukkirurgi eller som en palliativ åtgärd hos en annars icke-operabel patient med manifest eller hotande kolonobstruktion.

Metod: Retrospektiv uppföljning av 59 försök till behandling med SEMS på 56 patienter på UMAS, 2001-2007. Ytterligare fyra patienter remitterades för SEMS men bedömdes inte ha indikation för detta vid koloskopitillfället och har exkluderats. Wallstent/WallFlex (Boston Sc.) användes genomgående. Uppföljningen baserades på stentprotokoll och patientjournaler.

Resultat: SEMS-indikationen var palliativ (52 fall, 88%), bridge to surgery (6 fall, 10%) och ett fall med postoperativ anastomosstriktur. Stenoserna var belägna från högerkolon till rektum men vanligast i rektosigmoideum (37 patienter, 66%). Tekniskt lyckad SEMS genomfördes i 52 (88%) av 59 försök. Orsakerna till tekniskt misslyckade ingrepp var felplacering av stenten och tät striktur som inte kunde passeras. Klinisk dekompression, definierat som gasavgång och avföring inom 48 timmar, uppnåddes i 48 fall (81%). I ytterligare två fall var efterförloppet trögt men dekomprimering skedde inom en vecka. Få komplikationer inträffade. Tre fall (5%) av blödning från stentområdet, varav ett där SEMS avlägsnades, inget krävde operation. Tre fall med reocklusion (5%) och två fall med tarmperforation (3%) noterades, varav en gick ad mortem.

Slutsats: Våra data för SEMS på UMAS ligger väl i linje med internationella resultat. Även om alla stentar anlades av erfarna endoskopister finns en inlärningskurva i materialet och detta ingrepp bör koncentreras på ett fåtal endoskopister. Vi konkluderar att anläggande av SEMS är en säker och effektiv behandling av patienter med kolonobstruktion.

PO-40

'När' spelar större roll än 'med vad' vid laxering för koloskopi

F.T. Fork¹; E. Toth²; C. Benoni²; O. Grip²; H. Verbaan²

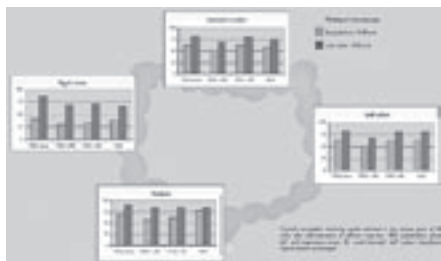
¹Universitetssjukhuset MAS, Bild- och Funktionsmedicin, Malmö, Sweden; ²Universitetssjukhuset MAS, Medicinkliniken, Malmö, Sweden

Bakgrund: En väl rengjort colon är förutsättning för en smärtfri och högkvalitativ coloskopi.

Metod: 320 konsekutiva patienter randomiserades till laxering med Phosphoral respektive Laxabon enbart, Laxabon i kombination med Salilax eller Clyx mikrolavemang. Hälften av patienterna laxerade dagen före coloskopin, den andra hälften påbörjade behandlingen på sen eftermiddag och avslutade den tidigt på undersökningsdagens morgon. Uppnådd renhet bedömdes av oinformerade skopister.

Resultat: Med enbart Laxabon uppnåddes högst renhetsgrad medan Phosphoral uppnådde lika bra resultat i vänstercolon och rectum men sämre i högercolon. Bäst resultat uppnåddes med alla metoder i fyra patientgrupper som avslutade laxeringen tidigt undersökningsdagens morgon. Förbättringen jämfört med hel laxering dagen före beräknades till mellan 5% och 40% vilket är signifikant för alla preparaten och för nästan alla colosegment.

Slutsats: Patienter som remitteras till coloskopi bör alltid erbjudas tider så att laxeringen kan avslutas någon timme före undersökningen. ↻



Stapelfiguren visar procentandel undersökta patienter med kliniskt acceptabel grad av renhet (antalet helt rena + antalet icke störande slem) för fyra tarmavsnitt och alla fyra regimer, uppdelade i hel laxering dagen före, blå staplar, respektive laxering vid två tillfällen med avslut på morgonen före undersökningen.

PO-41

Klinisk utvärdering av Given Patency Capsule System inför videokapselendoskopisk undersökning

E. Toth¹; A. Sjöberg²; R. Olsson²; H. Thorlacius³
¹Universitetssjukhuset MAS, Medicinkliniken, Malmö, Sweden; ²Universitetssjukhuset MAS, Bild- och Funktionsmedicin, Malmö, Sweden; ³Universitetssjukhuset MAS, Kirurgkliniken, Malmö, Sweden

Bakgrund: Videokapselendoskopi (VKE) är en icke-invasiv och effektiv metod för visualisering av hela tunntarmen. Kapselretention pga. striktur i tunntarmen är den mest fruktade komplikationen till VKE. Nyligen har ett Patency Capsule System (PCS) introducerats för att utesluta tunntarmsstrikturer. PCS innehåller en testkapsel (TK) som är självupplösbar och spåras med en handscanner. Positiv scanning indikerar att testkapseln finns kvar i mag-tarmkanalen dock med oklar lokalisering. Vid sådana fall rekommenderas buköversikt (BÖS) för att verifiera att kapseln lämnat tunntarmen. PCS har enbart utvärderats i utvalda patientgrupper med kända strikturer i tunntarmen och ej i klinisk praxis.

Metod: Studiens mål var att jämföra noggrannheten för enbart PCS, PCS med BÖS och PCS med pneumocolon. Denna prospektiva, blindade, kliniska studie inkluderade 108 konsekutiva patienter (67 kvinnor och 41 män, medelålder 36 år (19-62) med misstänkt Crohns sjukdom (81%) och gastrointestinal blödning (19%). Fyrtio timmar efter nedsväljandet av TK genomgick samtliga patienter scanning följt av BÖS för att verifiera kapselns avgång. Hos patienter med kvarvarande kapsel genomfördes ett förenklat pneumocolon (dvs. inblåsning av en mindre mängd luft i colon via en rektalsond) i syfte att bestämma kapselns lokalisering till tunntarm eller colon. Alla patienter där TK passerat tunntarmen genomgick VKE enligt rutin.

Resultat: Alla patienter genomgick samtliga undersökningar utan komplikationer. Sexton patienter (15%) noterade passage av TK i avföringen. Patency scanning efter 40 ± 1 timmar påvisade ingen kvarvarande TK hos 72 patienter (67%). Scanning kombinerad med BÖS visade ingen kvarvarande kapsel hos 73 patienter (68%). Noggrannheten för enbart PCS var 68% och ökade till 69% samt 97% vid kombination med BÖS respektive pneumocolon. 31 av de 34 retinerade TK (91%) var fortfarande intakta 40 timmar efter nedsväljandet.

Slutsats: PCS är en säker, enkel och värdefull metod för att utesluta strikturer i tunntarmen

hos majoriteten av patienter inför VKE. Dock finns det behov av ytterligare undersökningar hos ett signifikant antal patienter för att säkert utesluta tunntarmsstrikturer. Våra data talar för att BÖS samt pneumocolon men ej enbart BÖS ökar signifikant PCS noggrannhet.

PO-42

Drop-in-gastromottagning: resurskrävande med få kliniska vinster

H. Lindegren; P.O. Park
 Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra, Endoskopienheten/Kir klin, Göteborg, Sweden

Bakgrund: Under åren 2006-2007 har det funnits en öppen gastroskopi mottagning (drop in) vid endoskopienheten på Östra sjukhuset. Motivet till "drop in"-mottagning var att öka tillgängligheten för öppenvårdspatienter och att de långa väntetiderna för prioriterade gastroskopi remisser ledde till alltför många gastroskopier med negativt fynd då patienterna redan var behandlade och symptomfria vid underökningstillfället.

Hypotes: Om patienterna kommer till gastroskopiundersökningen när de har symptom och innan behandling insatts diagnosticeras fler positiva fynd jämfört med den rådande situationen.

Metod: Gastroskopi diagnoser ställda efter undersökning sammanställdes för tidbokad undersökning under åren 2005-07 och för "drop-in"-patienter under åren 2006-07. Diagnoserna delades in i två grupper: positiva fynd och negativa.

Resultat: 2005 gjordes 1055st tidbokade öppenvårdspatienter, 349st (33.1%) med positiva fynd och 706 (66.9%) diagnostiserades som normal gastroskopi. 2006 gjordes 1031st tidbokade öppenvårdspatienter, 365st (35.4%) med positiva fynd och 666st (64.6%) diagnostiserades som normal gastroskopi. På drop in mottagningen gjordes totalt 762st patienter, 309st (40.6%) positiva fynd och 453st (59.4%) diagnostiserades som normal gastroskopi. 2007 (januari-november) gjordes 1064st tidbokade öppenvårdspatienter, 299st (28.1%) positiva fynd och 765 (71.9%) diagnostiserades som normal gastroskopi. På "drop-in" mottagningen gjordes 821st patienter, 269st (32.8%) med positiva fynd och 552st (67.2%) patienterna diagnostiserades som normal gastroskopi.

Slutsats: En genomgång av "drop-in" mottagningen vid GEA/Östra visar att den är resurskrävande och svårstyrd. Antalet positiva fynd ökade inte i den utsträckning som vi förväntade oss och motiverar knappast en fortsättning av verksamheten i nuvarande former.

PO-43

TAS (Endoskopisk Suturering med T-tag) lika säker som öppen kirurgisk rafi – resultat av en randomiserad studie

A. Azadani; M. Bergström; P.O. Park
 Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra, Kir Klin, Göteborg, Sweden

Bakgrund: Endoskopisk terapi tenderar att bli allt mer avancerad, som t.ex. mucosaresektioner, m.m. Detta har lett till att bättre metoder för att försluta accidentella perforationer, men även endoskopiskt kunna behandla t.ex. anastomosinsufficienser. Vid transgastrisk approach vid NOTES-operationer är det också viktigt att ha en säker förslutningsmetod av access-perforatio-

nen. Vi har deltagit i utvecklingen av en endoskopisk suturmetod, TAS (Ethicon Endosurgery), där man via ett endoskops biopsikanal med hjälp av s.k. T-tags suturer kan försluta perforationer i magtarmkanalen. Vi har nu gjort en randomiserad studie av förslutning av standardiserad ventrikelperforation med endoskopisk förslutning med klippis, T-tag och öppen rafi.

Metod: 18 försöksdjur användes. Under generell narkos laparotomeras grisarna och en 4-kanalig manometrisond införes via duodenum och pylorus in i ventrikeln. En 20F tarmsond förs samma väg in i ventrikeln. Dubbla suturer rund duodenum och sonderna förhindrar läckage. Ventrikeln expanderas med 3,5 l luft/min tills cardias yieldpressure nås. En perforation görs med hjälp av nålpapillotom/guidewire och 20 mm TTS-balong. Därefter randomiseras förslutningen av perforationen till antingen öppen rafi (förlopande 4-0 monofil sutur), endoskopiska klippis eller TAS (2 dubbel-suturer), 6 djur i varje grupp. När förslutningen utförts expanderas ventrikeln på nytt och trycket registreras då förslutningen brister eller tills cardias yieldpressure uppnåtts.

Resultat: Tekniskt sett var det lätt att försluta perforationerna med rafi eller TAS, medan klippis förslutning av svår. Eftersom variationen i yieldpressure varierade mellan grisarna har vi valt att visa resultatet efter suturering som % av utgångsvärdet på samma gris. Yieldpressure/burstpressure minskade i rafi-gruppen med 9,4%, TAS-gruppen med 1% och i klippis-gruppen med 57.9%. Slutsats: Endoskopisk förslutning av ventrikelperforation med TAS är lika säker som öppen rafi och klart överlägsen förslutning med klippis.

Sköterskeprogram

PO-44

Hälsorelaterad livskvalitet hos patienter med Crohns sjukdom – jämförelse mellan kort och lång sjukdomsduration

S. Jäghult¹; J. Larson²; R. Wredling²; M. Kaprali²

¹Danderyds sjukhus AB, Gastroenheten, Stockholm, Sweden; ²Danderyds sjukhus AB, Avdelningen för kliniska vetenskaper, Stockholm, Sweden

Bakgrund: Crohns sjukdom är en kronisk sjukdom som går i skov. Sjukdomsdebut sker oftast i 20-30 årsåldern. Studier har visat att patienter med Crohns sjukdom har försämrad hälsorelaterad livskvalitet jämfört med normalpopulationen. Sjukdomsaktivitet är en av de viktigaste faktorerna för förämring i hälsorelaterad livskvalitet men även patienter i remission har visat sig ha låga värden. Det är få studier som undersökt om patientens hälsorelaterade livskvalitet förändras med sjukdomsduration. Syftet med denna studie är att jämföra hälsorelaterad livskvalitet hos patienter med Crohns sjukdom med kort (<2 år) och lång sjukdomsduration (>5år).

Metod: En deskriptiv, jämförande tvärsnittsstudie har genomförts. Patienter med Crohns sjukdom och i remission som hör till Gastroenheten, Danderyds Sjukhus AB inbjöds att delta i studien. Inklusionskriterierna var att patienterna skulle ha haft sjukdomsduration i mindre än 2 år eller mer än 5 år, inte ha några andra kroniska sjukdomar, förstå svenska språket och kunna fylla i ett frågeformulär. 81 patienter inkluderades och fick fylla i fyra frågeformulär vid ett tillfälle. Studiepopulationen delades in i kort

sjukdomsduration (n=42, 52%) och lång sjukdomsduration (n=39, 48%). Hälsoindex, Känsla av sammanhang, Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ) och Rating Form of IBD Patient Concerns (RFIPC) användes för att mäta hälsorelaterad livskvalitet.

Resultat: Signifikanta skillnader hittades i Hälsoindex, IBDQ Total, IBDQ Bowel symptoms, IBDQ Systemic symptoms, IBDQ Emotional function och RFIPC total som visade att patienter med kort sjukdomsduration upplevde sämre hälsorelaterad livskvalitet. Endast två items i RFIPC visade signifikant skillnad vid jämförelse av kort och lång sjukdomsduration. Dessa items gällde smärta och lidande samt tillgång till god medicinsk vård. Patienter med kort sjukdomsduration rapporterade höga värden (>40) i items som handlade om förlora kontroll över tarmen, att få cancer, att vara en börda för andra, attraktionskraft, att bli opererad, få en påse på magen, att sprida obehaglig lukt, energinivå, ovisshet om sjukdomens natur och ovisshet om effekten av medicineringen.

Slutsats: Denna studie visar att hälsorelaterad livskvalitet hos patienter med Crohns sjukdom verkar förbättras med sjukdomsduration. Utbildning och stöd bör koncentreras på ett tidigt skede i sjukdomen. Studien visar också att utbildning bör koncentreras på de problemområden som är mest framträdande.

PO-45

Sjuksköterskeuppföljning av patienter med immunosuppressiva läkemedel

A. Persson; M. Wåhlin

Länssjukhuset Ryhov, Mag-tarmmottagningen, Jönköping, Sweden

Bakgrund: På Mag-tarmmottagningen Länssjukhuset Ryhov har sjuksköterskorna sedan ett antal år ansvarat för uppföljningen av patienter som sätts in på immunosuppressiva läkemedel.

Uppföljningen innebär kontroll och signering av aktuella prover, samt telefonkontakt med patienten varje vecka under tiden upptitring av läkemedlet pågår. Dosen ökas enligt schema. Om patienten är uppe i måldos, proverna är normala och patienten upplever att det fungerar bra med läkemedelsbehandlingen övergår telefonkontakten till brevvar. Brevsvaret innehåller provsvar, aktuell dos samt tid för nästa provtagning. Vid avvikande provsvar informeras patientansvarig läkare för ställningstagande till vidare åtgärd. Sjuksköterskan dikterar i patientjournalen och för in provsvar samt läkemedelsdos i databaserat register.

För att få patienternas synpunkter på uppföljningen genomfördes en enkätundersökning 2005.

Metod: Under 2004 sattes 45 patienter in på immunosuppression bestående av Azatioprin eller Puri-nethol. En enkät skickades ut till 44

patienter, en patient exkluderades på grund av att han inte lämnade några prover under 2004.

Resultat: Det var 35/44 som besvarade enkäten (79,5%). Det var 32 patienter som hade inflammatorisk tarmsjukdom, övriga hade autoimmun hepatit eller celiaki. Nio patienter avbröt på grund av biverkningar. Det var 30/35 som fick skriftlig information. 9/30 ansåg att den behövde förbättras. 28/30 var ändå nöjda med den i ganska hög, hög eller mycket hög grad. Telefonkontakten med sjuksköterskan upplevdes betydelsefull av alla patienterna. 1/35 upplevde att telefonkontakten inte var tillräcklig. Alla patienter var ganska nöjda, nöjda eller mycket nöjda med brevvarsförfarandet.

Slutsats: Undersökningen visade att patienterna är nöjda med sjuksköterskebaserad uppföljning av immunosuppressiv behandling. ■

En dag på arbetet som endoskoperande sjuksköterska

Sedan november 2005 arbetar jag och min kollega Lars Ahlgren som självständiga endoskopister. Vi utför både gastrokopier och koloskopier. Vi bemannar ett av endoskopienhetens fem rum med åtta skopipass/vecka.

Ett pass är förmiddag eller eftermiddag med fyra till åtta skopier. Det finns ett PM som reglerar vilka patienter som bokas på våra pass, vilket betyder inga planerade terapeutiska skopier eller för svårt sjuka patienter. Efter muntlig delegering händer det att vi även skoperar patienter med högre risk. Det finns alltid en "back-up"-läkare på avdelningen att konsultera under passet om det skulle behövas.

En vanlig dag kan bestå av 7–8 koloskopier eller 14–15 gastrokopier eller en blandning av båda skopierna, beroende på inflödet av remisser. Inför passet läser jag igenom remisserna eller journalen. Ibland är det är något jag behöver diskutera angående frågeställningen med min "back-up"-doktor innan undersökningen. När jag sedan träffar patienten på undersökningsrummet försäkrar jag mig om att det som står i remissen stämmer och att patienten vet varför undersökningen ska utföras. De flesta remisserna är inte så utförligt skrivna och anamnesen behöver oftast kompletteras. Det är också ett bra tillfälle att skapa en kontakt med patienten.

I det fall smärtlindring eller sedering behövs för undersökningen finns en delegering för vilka intravenösa läkemedel och doser som jag får ordinera. Vid koloskopier använder vi i första hand lustgas eller Rapifen. Oftast behövs inga läkemedel men ibland behövs båda. Om patienten är orolig och ångestfylld ges också Midazolam. Vid gastrokopier används för närvarande enbart Midazolam efter behov.

Vi fotodokumenterar alla patologiska fynd och tar de biopsier som behövs. Om det finns polyper så har vi utbildning för att ta bort dessa med "hot biopsy" och slyngning. Vid större polyper kan hjälp fås från vår "back-up"-läkare.

Skopiberättelsen är datoriserad och standardiserad. Remissutlåtandet skrivs i datajournalen och PAD remisser skickas

elektroniskt. All uppföljning efter skopin görs av den läkare som remitterat patienten och som får skopiberättelsen och PAD-svaret. Vid fynd av cancer eller inflammation får kirurg eller gastroenterologen på vår mottagning ett motsvarande besked vilket förkortar handläggningen av patienter med nya eller oväntade fynd. För misstänkta maligna förändringar finns ett vårdprogram där patienten får en tid på mottagningen för besked om diagnosen med fortsatt utredning och behandling inom en vecka.

Vi deltar också i introduktionen och utbildningen av de nya ST-läkare som ska endoskopera på enheten. Med dem har vi en genomgång av endoskopen och övrig utrustning och deras funktioner. En enklare felsökning måste endoskopisten klara själv och vi avslutar med ett pass i disken för att förstå de hygieniska kraven och instrumentens kanaler. Mycket bra för att lära sig hur de fungerar och öka instrumentens livslängd!

I min andra funktion som koordinator på avdelningen är uppgiften att få genom dagens program i tid. Efter behov matchas endoskopister och assistenter så att kompetensen utnyttjas optimalt. Där ingår också att inte placera ovana endoskopister med nya assistenter. Om något rum försenas kan jag fördela om patienterna till rum som ligger bättre i tid. Ibland går jag eller min kollega in som endoskopist för att hjälpa till.

Under 2007 utförde jag och min kollega tillsammans ca 20% av koloskopierna och ca 15% av gastrokopierna, vilket är en betydande andel med tanke på att resten fördelas på ca 20 läkare. Vi gör fler koloskopier än gastrokopier, förra året gjorde jag 420 koloskopier och 256 gastrokopier. På endoskopienheten har vi bidragit till en större flexibilitet så att patienterna inte blir lidande vid till exempel akut frånvaro av den planerade skopisten eller av assistenter. Inga pass behöver strykas och inga ombokningar behöver göras. Jag har naturligtvis

lärt mig oerhört mycket och utvecklat både min profession inom omvårdnad och min nya roll som endoskoperande sjuksköterska. Patienterna uppskattar att en sjuksköterska gör undersökningen. Det finns vetenskapliga undersökningar från länder där endoskoperande sjuksköterskor är vanligare att dessa är minst lika noggranna och att patienterna är mer nöjda med sköterskorna som endoskopister. Jag tror att det kommer bli fallet också i Sverige när endoskoperande sjuksköterskor blir fler.



Den första uppdragsutbildningen för sjuksköterskor med inriktning mot gastrokopi och koloskopi kompetens, 40 p, vid Ersta Sköndal Högskola startade

hösten 2006 och är färdig hösten 2008. Då kommer det att finnas ytterligare 11 endoskoperande sjuksköterskor spridda över hela landet som kan arbeta för att korta köer och väntelistor samt möta det ökade behovet av endoskopiska undersökningar. Det finns också många förfrågningar från intresserade sjuksköterskor, vilket ger underlag för ytterligare kurser och nästa kurs planeras till våren 2009. Jag kan bara säga till dem som tvekar att söka även om studierna verkar betungande och tar mycket tid. Det är värt allt besvär, så SÖK!!! Jag har fått ett så roligt och stimulerande arbete som jag aldrig kunnat föreställa mig.

Jag efterträder också Solvig Ljungström som ESGENA-representant från 2008. Det stora arbetet som pågår inom ESGENA har fokus på utbildning och en inom Europa likvärdig kompetensutveckling av personal som arbetar inom endoskopi. Med tanke på hur snabbt vår verksamhet utvecklas och specialiseras är det både nödvändigt och viktigt att den personal som arbetar inom specialiteten får möjlighet att utvecklas och utbilda sig inom endoskopisk diagnostik och behandling.

Gunilla Strand
Ersta Sjukhus

Bästa medlem!

Snart är det dags för årets svenska Gastrodagar i Jönköping och det ser jag fram emot. För många är det ju årets stora begivenhet på jobbet, att få åka dit och förkovra sig samt träffa nya och gamla vänner. Att få göra studiebesök på en mottagning är alltid spännande, man kan ta med sig lite idéer hem. Jag hoppas också att många medlemmar möter upp på vårt årsmöte. Det är roligt att botanisera i programmet och planera vilka föreläsningar man vill prioritera. Jag hoppas att presentationen av hygiendokumentet lockar många åhörare.

Nu i vår examineras de först endoskopikerna i Sverige, de som lärt sig gastroskoperera. Vi vill gratulera och önska er lycka till. Du får här också läsa en artikel av endoskopikern Gunilla Strand från Ersta.

I Göteborg hålls en omtyckt kort kurs i höst igen, programmet har du här nedan.

Må så gott!
Styrelsen i SEGP
Mirjam Bjurek



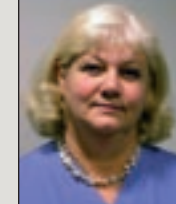
Ordförande:
Ingrid Karström
Endoskopienheten
Centralsjh, Kristianstad
Tel: 044-13 12 31
Fax: 044-13 12 55
ingrid.m.karstrom@skane.se



Vice ordförande:
Eleonor Johnson
Endoskopienheten, Ersta sjh
Box 4622, 116 91 Stockholm
Tel: 08-7146309
Fax: 08-7146668
eleonor.johnson@erstadiakoni.se



Sekreterare:
Mirjam Bjurek
Endoskopimottagningen
Kärnsjukhuset
541 85 Skövde
Tel: 0500-432 540
Fax: 0500-432 962
mirjam.bjurek@vregion.se



Kassör:
Agneta Schedin
GastroCentrum Medicin, Solna
Karolinska Universitetssjh
171 76 Stockholm
Tel: 08-517 703 02
Fax: 08-177 33 12
agneta.schedin@karolinska.se



Ledamot:
Susanne Lord
Kirurgoperation
Södersjukhuset
118 83 Stockholm
tel: 08-6162374
Fax: 08-6162460
suzanne.lord@sodersjukhuset.se



Ledamot:
Mona Olofsson
Endoskopimottagningen
Avesta Lasarett
mona.e.olofsson@ltdalarna.se

Kurs för endosciassistenter

29–30 maj 2008
GEA, SU/Sahlgrenska

PROGRAM

Torsdag 29 maj

- 11³⁰ Samling och registrering på GEA
12⁰⁰ Gemensam lunch
13⁰⁰ Inledning
13³⁰ Stentbehandling *Annika Henningsson*
13⁴⁰ Medicinsk teknik *Lena Gustavsson, Jan Hansen*
14¹⁰ Produktutställning
& kaffe
14⁴⁰ EUS *Riadh Sadik*
15¹⁰ Rundvandring på GEA
19⁰⁰ Gemensam middag

Fredag 30 maj

- 08³⁰ Produktutställning
09⁰⁰ PEG *Lena Gustavsson, Maria Aleem*
09³⁰ Dubelballong *Per-Ove Stotzer*
10⁰⁰ Frukt serveras
10¹⁰ Desinfektion *Maria Wenåker*
10⁴⁰ Kapselendoskopi *Andreas Pichel, M Wenåker*
11¹⁰ Avslutning &
utvärdering *Annika Henningsson*

Om du har frågor eller funderingar är du välkommen att kontakta Annika Henningsson
Tel 031-342 84 21 • annika.henningsson@vregion.se
Hjärtligt välkommen!



SYGspalt SYGspalt SYGspalt SYGspalt

Snart närmar sig maj månad och därmed Gastrodagarna i Jönköping. Fjolårets möte i Uppsala var mycket lyckat och förhoppningsvis blir det även i år lika uppskattat och välbesökt. Under Gastrodagarna kommer även SYG ha årsmöte (se separat notis) och jag hoppas att många av er kan och vill komma dit och göra sin röst hörd. Vad har hänt i SYG i år och vad vill ni ska ske under nästa år? Vill du engagera dig i styrelsen? Eller är du bara nyfiken på vilka vi bakom allehanda korrespondens är? Oavsett orsak är alla hjärtligt välkomna! Jag vill även uppmärksamma er på de europeiska sammanslutningar, t.ex. ASNMG (Association of National European and Mediterranean Societies of Gastroenterology) och ECCO (European Crohn's and Colitis Organisation), som arrangerar kostnadsfria, mycket välrenommerade utbildningar för yngre gastroenterologer. Frånsett utmärkta utbildningstillfällen är det ju även ett trevligt och säkerligen nyttigt sätt att få lite andra perspektiv och infallsvinklar än de på hemmaplan.



Väl mött i Jönköping!
Jenny Gunnarsson
Ordförande SYG

Årsmöte Sveriges Yngre Gastroenterologer

Härmed inbjuds samtliga medlemmar till årsmöte 8 maj kl. 17.00 på kongresscentret Elmia, Jönköping (i anslutning till Gastrodagarnas konferenslokaler)

Dagordning:

1. Mötet öppnas
2. Godkännande av dagordningen
3. Val av mötesordförande
4. Val av mötessekreterare
5. Val av justeringsmän
6. Verksamhetsberättelse
7. Kassarapport
8. Revisionsberättelse
9. Beslut om ansvarsfrihet för styrelsen
10. Motioner
11. Val av ny styrelse
12. Val av revisor
13. Val av valberedning
14. Övriga frågor
15. Mötes avslutas